Aus dem Klinikum Steglitz
Abteilung für Epidemiologie
Direktor: Professor Dr. Herbert Genz

PSYCHO-PHYSIOLOGISCHE ENTWICKLUNG IM ERSTEN LEBENSJAHR

Ein Vergleich der Entwicklung von Heim- und Familienkindern an Hand des von Damborská entwickelten Schemas

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

1970

vorgelegt von
Gisela v. Boltenstern
aus Hannover

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546510_0058

Aus dem Klinikum Steglitz
Abteilung für Epidemiologie

Direktor: Professor Dr. Herbert Genz

PSYCHO-PHYSIOLOGISCHE ENTWICKLUNG IM ERSTEN LEBENSJAHR

Ein Vergleich der Entwicklung von Heim- und Familienkindern an Hand des von Damborská entwickelten Schemas.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der
Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Gisela v. Boltenstern
Hannover

Dekan: Professor Dr. Herbert Lax
Referent: Professor Dr.med. Herbert Genz
Korreferent: Professor Dr. med. Adalbert Loeschke

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 6. Mai 1970

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
A	Einleitung und Problemstellung	1
B	Historischer Rückblick	11
	I Bisherige Untersuchungen an Heim und Pflegekindern	12
	II Vorschläge der Untersucher zur Reform und Verbesserung der Säuglingsheime	15
C	Eigene Untersuchungen	18
	I Beschreibung der Heime, in denen getestet wurde	19
	II Die Familienkinder und das soziale Milieu, in dem sie heranwachsen	21
	III Testergebnisse und kurze Anamnese der Heimkinder	24
D	Diskussion der eigenen Untersuchungen	47
E	Zusammenfassung	55
F	Literaturverzeichnis	57

EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

In Berlin werden jährlich etwa 25 000 Kinder geboren;1967 waren es 25 215. Ein nicht unbeträchtlicher Teil dieser Neugeborenen wächst nicht im Kreise der Familie auf; sei es, daß sie von den Eltern abgelehnt und in ein Heim gegeben werden, oder daß beide Elternteile berufstätig sind, und die Kinder in Krippen oder Kindertagesstätten untergebracht werden.

In Berlin standen zum Zeitpunkt unserer Erhebung 5 745 Plätze für diese Kinder zur Verfügung. Im einzelnen handelte es sich um 410 Heimplätze für Säuglinge, von denen überraschender Weise nur 351 belegt waren. Im gleichen Jahr waren in Berlin für Kinder bis zu 3 Jahren 829 Plätze in privaten und 4 506 in Städtischen Kindergärten gemeldet. Diese Plätze reichten jedoch nicht aus, da immer mehr Eltern Heimplätze beantragten. Den Versuch, mehr Plätze anzugeben als vorhanden, gab man 1969 auf. In dieser Situation interessiert es, wie sich die Kinder in der Massenpflege entwickeln, und wie sich diese Erziehung auf die Kinder auswirkt. Es tut sich hier das brennende Problem auf, den Kindern nicht nur eine Unterkunft, sondern auch die besten Möglichkeiten für ihre psycho-physiologische Entwicklung zu bieten.

Von den Untersuchungen in dieser Richtung sind besonders die Arbeiten von Damborská, Chefärztin des staatlichen Säuglingheims Luhačovice/ CSSR bemerkenswert, die in Anlehnung an die Arbeiten von Gesell und Bühler-Hetzer ein Schema entwickelt hat, das für jeden einzelnen Monat des ersten Lebensjahres eine Beurteilung
der statischen Entwicklung in der Bauchlage
der Entwicklung des Sitzens
der Entwicklung des Stehens und Gehens
des Beherrschens der Hand
der Sinnesorgane und des Spiels
der Entwicklung der Sprache
und des sozialen Kontaktes erlaubt.

STATISCHE ENTWICKLUNG IN DER BAUCHLAGE

Neugeborene	Kann Kopf nicht aufrechthalten. Liegt seitwärts, streckt Gesäß nach oben, Kriechbewegungen der unteren Extremitäten.
Ende 1.Mon.	Hebt zusätzlich den Kopf für einen Augenblick
Ende 2.Mon.	Hebt den Kopf und hält ihn kurz über der Unterlage (in Höhe von 10 cm)
Ende 3.Mon.	Hält den Kopf eine Weile hoch, Gesicht senkrecht zur Unterlage, Rücken gebogen, stützt sich auf Vorderarm.
Ende 4.Mon.	Bauchlage ist bereits unstabil, rollt passiv in die Rückenlage.
Ende 5.Mon.	Dreht sich aktiv aus der Rückenlage in die Bauchlage, stützt sich in Bauchlage nur noch auf die Handflächen.
Ende 6.Mon.	Dreht sich aktiv aus der Rückenlage in die Bauchlage, hebt in Bauchlage eine Hand in Richtung auf das Spielzeug.
Ende 7.Mon.	Dreht sich mit dem ganzen Rumpf in Bauchlage nach rechts und links.
Ende 8.Mon.	Kriecht auf dem Bauch
Ende 9.Mon.	Geht " auf allen Vieren "
Ende 10.Mon.	
Ende 11.Mon.	

ENTWICKLUNG DES SITZENS

Neugeborene	Beim Heranziehen zum Sitzen sinkt der Kopf rückwärts. Beim Sitzen sinkt der Kopf vorwärts, durchgebogener Rücken.
Ende 1.Mon.	dasselbe, aber weniger schlaff
Ende 2. Mon.	Beim Sitzen wird der Kopf aufrecht gehalten, jedoch unsicher.
Ende 3.Mon.	dasselbe, aber bereits sicherer
Ende 4. Mon.	Beim Heranziehen zum Sitzen sinkt der Kopf nicht mehr nach hinten.
Ende 5.Mon.	Beim Heranziehen zum Sitzen zieht das Kind den Kopf zwischen die Schultern und hebt ihn an.
Ende 6. Mon.	Hält sich von selbst an den angebotenen Fingern fest und versucht, sich zum Sitzen heranzuziehen.
Ende 7.Mon.	Zieht sich selbst an den angebotenen Fingern zum Sitzen hoch
Ende 8. Mon.	Sitzt frei, ohne Halt, aber unsicher, Setzt sich selbst auf.
Ende 9.Mon.	Sitzt längere Zeit, vermag vom Sitzen in die Bauchlage zu kommen.
Ende 10.Mon.	
Ende 11.Mon.	

ENTWICKLUNG DES STEHENS UND GEHENS

Neugeborene	Kann nicht den Kopf halten
Ende 1.Mon.	dasselbe
Ende 2.Mon.	Hält den Kopf aufrecht, muß Kopf aber balancieren.
Ende 3.Mon.	Stützt sich mit den in den Knien und Hüften gebogenen Beinchen auf die Unterlage, hebt ein Bein auf.
Ende 4.Mon.	Stützt sich auf die Zehenspitzen, stemmt sich leicht ein.
Ende 5.Mon.	dasselbe
Ende 6.Mon.	Streckt beide Beine in Knien und Hüften, "tanzt"
Ende 7.Mon.	Zum Stehen heraufgezogen steht es für einen Augenblick, nur an den Händen gehalten.
Ende 8.Mon.	Steht, wenn es sich festhalten kann.
Ende 9. Mon.	Stellt sich auf, wenn es gehalten wird.
Ende 10.Mon.	Hält sich am Laufstall fest, macht Schritte am Platz und beginnt nach seitwärts zu gehen.
Ende 11.Mon.	Geht am Gitter des Laufstalls oder um Möbel herum. Geht, wenn beide Hände gehalten werden.
Ende 12.Mon.	Geht an einer Hand. Erste selbstständige Schritte.

BEHERRSCHEN DER HAND

Neugeborene	Reflektorisches Erfassen der Rassel
Ende 1.Mon.	dasselbe
Ende 2.Mon.	Hält Rassel kurze Zeit fest.
Ende 3.Mon.	Hebt Hände über den Kopf und betrachtet sie.
Ende 4.Mon.	Kommt mit der Hand unsicher dem Spielzeug näher und berührt es; spielt mit den Händen.
Ende 5.Mon.	Führt die Hand sicher zum Spielzeug und ergreift es.
Ende 6.Mon.	Beim Hinhalten von 2 Würfeln greift es nur nach einem. Der zweite wird aber gehalten, wenn er in die Hand gegeben wird.
Ende 7.Mon.	Greift mit beiden Händen nach 2 Würfeln. Wechselt Spielzeug zwischen beiden Händen aus.
Ende 8.Mon.	Ergreift einen Knopf (8mm Ø) zwischen Daumen und Zeigefinger.
Ende 9.Mon.	Berührt nur mit dem Zeigefinger Details an seinem Spielzeug.
Ende 10.Mon.	dasselbe
Ende 11.Mon.	Steckt einen Knopf gegen Öffnung oder Boden einer Flasche.Trinkt alleine aus der Tasse.
Ende 12.Mon.	Greift mit einer Hand nach zwei Würfeln.

SINNESORGAN UND SPIEL

Neugeborene	Reagiert mit Unwillen auf extreme Licht-und Geräuscheinwirkungen.
Ende 1 Mon.	Ein in die Blickrichtung gehaltenes und bewegtes Spielzeug wird wahrgenommen und vom Kind bis zu 90° seitlich verfolgt.
Ende 2.Mon.	dasselbe, Blick verfolgt Spielzeug bis zu 180°.
Ende 3.Mon.	Sucht mit den Augen nach dem Ort der Entstehung eines Tones.
Ende 4.Mon.	Befaßt sich mit Spielzeug, das über ihm hängt, betastet es und setzt es in Bewegung. Besichtigt Spielzeug in der Hand.
Ende 5.Mon.	Das Spielzeug in der Hand wird in den Mund gesteckt und von einer Hand in die andere gegeben.
Ende 6.Mon.	Lokalisiert einen Ton mit Sicherheit.
Ende 7.Mon.	Steckt Würfel in den Mund. Dreht Hand mit dem Würfel im Handgelenk und betrachtet ihn. Schlägt mit Würfel auf den Tisch.
Ende 8.Mon.	Schiebt mit dem Würfel in der Hand einen anderen Würfel auf dem Tisch herum; schlägt mit dem Würfel auf den Tisch und läßt ihn fallen und nimmt ihn wieder hoch.
Ende 9.Mon.	Schlägt 2 Würfel aneinander, holt Würfel aus einem Gefäß und steckt ihn wieder hinein, ohne loszulassen.
Ende 10.Mon.	Schiebt Würfel zum Rande des Tisches und wirft ihn oft hinunter.
Ende 11.Mon.	
Ende 12.Mon.	Versucht Knopf in die Flasche hinein loszulassen. Versucht 2 Würfel aufeinanderzustellen.

ENTWICKLUNG DER SPRACHE

Neugeborene	Schreit bei unangenehmen Wahrnehmungen
Ende 1.Mon.	Manchmal schwache Kehllaute wie "ach,ech,uch"
Ende 2.Mon.	dasselbe
Ende 3.Mon.	"gurrt" oder "quietscht" bei Ansprechen
Ende 4.Mon.	"gurrt" auch spontan
Ende 5.Mon.	"gurrt" und "juchzt" (lustiges Schreien)
Ende 6.Mon.	gurrt und juchzt Sprachverständnis,sucht mit den Augen Gegenstände, die man ihm nennt
Ende 7.Mon.	Lallt:da-da, va u. verdoppelt ma-ma, pa-pa
Ende 8.Mon.	ahmt Schall nach
Ende 9.Mon.	dasselbe, macht auf Aufforderung "patsch-patsch.
Ende 10.Mon.	dasselbe, reagiert auf Anruf "gib mir" und macht "winke-winke"
Ende 11.Mon.	Spricht 1.sinnvolles Wort Zeigt auf Aufforderung "wo ist das Bein", Hand, Mund usw.
Ende 12.Mon.	2-5 sinnvolle Wörter. Auf Aufforderung "wo ist der Ball" findet es ihn, holt ihn.

SOZIALER KONTAKT

Neugeborene	Hautkontakt
Ende 1.Mon.	Beim Erblicken des Gesichtes fixiert es und bewegt sich einen Augenblick lang nicht.
Ende 2.Mon.	Lächelt wieder ("soziales Lächeln"). Verfolgt mit den Augen die Person, die sich bewegt.
Ende 3.Mon.	Beim Ansprechen reagiert es mit Lächeln und bewegt sich lebhaft.
Ende 4.Mon.	Lacht laut, wenn es der Erwachsene neckt.
Ende 5.Mon.	Differenziert liebenswürdigen und strengen Ton von Sprache und Mimik. Interessiert sich im Heim für Bettnachbarn.Beginnende Kontaktsuche.
Ende 6.Mon.	Benimmt sich gegenüber Bekannten und Unbekannten unterschiedlich. Aktive Kontaktsuche mit Bekannten durch Gurren.
Ende 7.Mon.	Versteht das Versteckspiel mit Tüchern.
Ende 8.Mon.	Beginnt Erwachsene nachzuahmen. (Schnalzen, Singen.)
Ende 9.Mon.	Versteht das Versteckspiel hinter Möbeln.
Ende 10.Mon.	Versteht das Hasche-Spiel.
Ende 11.Mon.	Beginnt Lob zu verstehen, wiederholt diejenige Aktivität, für welche es gelobt wurde.
Ende 12.Mon.	Unterbricht für einen Augenblick (solange der Erwachsene schaut) die Tätigkeit, für die es gelobt wurde. (du-du)

Die Untersuchungen von Damborská wurden durchgeführt an Kindern staatlicher Heime in der CSSR und an Vergleichs - gruppen gesunder Säuglinge, die im Familienmilieu aufwachsen.

Hier sei kurz auf die besondere Lage der Säuglingsheime in der CSSR eingegangen: Heime in der CSSR sind nicht mit üblichen Heimen zu vergleichen, sie werden von einem ärztlichen Direktor geleitet, der nach der Facharztausbildung noch 3 Jahre in der Sozialpädiatrie tätig sein muß. Zu seiner Hilfe verfügt jedes Heim noch über eine Anzahl von Assistenzärzten je nach Größe des Hauses.

Das größte Heim in Prag hat Platz für 140 Kinder, das kleinste für 40. In Luhačovice, ihrem Heim, betreut Damborská 60 Säuglinge. Sie wird dabei unterstützt von 2 Assistenzärztinnen und 20 Schwestern. Das gesamte Personal des Hauses umfaßt 45 Personen. Da der Dienst in 3 Schichten geteilt ist, kommen bei 60 Kindern 9 auf jede Schwester. Erstrebt wird das Verhältnis 6 : 1.

Wenn in Deutschland die Rede ist von einem Personalschlüssel 8 : 1, so sind die Arbeitsschichten nicht berücksichtigt. Es besagt, daß z.B. ein Heim mit 64 Kindern 8 Pflegepersonen eingestellt hat.

Eine Arbeitsordnung besonderer Art besteht in Luhačovice. Jede Schwester und auch die Assistenzärztinnen haben für je 2 Kinder die Stelle der Ersatzmutter zu übernehmen. Das heißt, daß sie sich um diese Kinder nicht nur während der Dienstzeit zu kümmern haben, sondern auch außerhalb für daw Fortkommen dieser Kinder ganz besonders verantwortlich fühlen, und versuchen sollen, dem Kind das fehlende Elternhaus und die fehlende Mutterliebe zu ersetzen.Nach 4-5 Jahren scheiden Schwestern und Assistenzärztinnen aus diesem Dienst im Säuglingsheim aus,da sie eventuell in dieser Zeit für etwa 20 Kinder Mutterstelle vertreten müßten. Es würde so die Gefahr bestehen, daß diese wichtigen Aufgaben, trotz der größeren Erfahrungen nur noch routinemäßig und ohne Liebe verrichtet

werden. Den Kindern käme dann nur die Grundpflege wie Füttern, Baden, Trockenlegen usw. zu. In Luhačovice wird jedoch besonderer Wert auf die Pflege höherer Ordnung, die Erziehungspflege gelegt.

HISTORISCHER RÜCKBLICK

Es ist erstaunlich, daß der Versuch, Kinder in der Massenpflege aufzuziehen erstmalig von einem Kaiser, Friedrich II. 1194-1250, und von einem Papst, Innozenz III. 1198-1216, einem der mächtigsten Päpste und Vormund Friedrichs II., unternommen wurde.

Tief beeindruckt und erschüttert von den zahlreichen Kindesmorden, den im Tiber treibenden Kinderleichen und der so häufigen Aussetzung von Säuglingen gründete Innozenz III. um 1200 in Rom die Findelanstalt Santo Spirito.

Weniger von religiösen und humanen Ideen getragen war der Versuch des Hohenstaufenkaisers Friedrich II.. Ihn interessierte lediglich die Frage: wie und in welcher Sprache reden Kinder, die nie ein menschliches Wort gehört haben. Er beauftragte einige Ammen und Wärterinnen, neugeborene Waisenkinder zu füttern, zu baden, zu kleiden und ihnen jede körperliche Pflege zukommen zu lassen. Jedoch mit dem Verbot, jemals nur ein einziges Wort mit diesen Kindern zu reden oder während der Kinderpflege zu wechseln. Außerdem war es streng untersagt, die Kinder zu liebkosen, mit ihnen zu spielen, oder sie einen Hauch menschlicher oder mütterlicher Liebe verspüren zu lassen. Der Versuch wurde aufwendig und sehr streng begonnen, doch konnte der Kaiser nie ein Ergebnis erlangen, da die Kinder bereits früh verstarben.

Vereinzelt, doch immer wieder tauchte die Kunde von Wolfskindern und von Findlingen auf, die in Folge von sozialen Entbehrungen und Isolierung zwar überlebten, aber zu unmenschlichen Wesen herangewachsen waren. So Caspar Hauser und der Wilde von Avyron, der am Ende des 18. Jahrhunderts einen französischen Lehrer und Landarzt Itard zu heilpädagogischen Studien inspirierte.

Trotz der erschreckenden Ergebnisse, wenn sie auch nicht sehr zahlreich waren, begannen erst die Ärzte und Psychologen

gegen Ende des vorigen Jahrhunderts sich intensiver mit dem Problem der erhöhten Infektanfälligkeit, überaus hohen Sterblichkeit und der verzögerten psychischen und physiologischen Entwicklung von Heim - und Pflegekindern zu beschäftigen.

Bisherige Untersuchungen an Heim- und Pflegekindern.

1897 wurde das erste Säuglingsheim von Schloßmann in Dresden gegründet. Es schien jedoch unmöglich Kinder in der Massenpflege großzuziehen. Sie verkümmerten, erkrankten und verstarben nach kurzer Zeit.

1909 entstand in Berlin die Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit in Deutschland. Gegründet von der damaligen Kaiserin Auguste Victoria.

Später wurde wieder eine Trennung vorgenommen, in Anstalten für kranke Kinder - Kinderklinik -, und für gesunde Kinder Säuglingsheim. Es wurde zwar der Begriff Säuglingsheim beibehalten, doch änderte sich die Zuständigkeit für diese Heime seit dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz 1922 - 1924. Den Platz des ehemaligen ärztlichen Direktors nimmt jetzt das Jugendamt ein. Besitzer und Heimleiter sind fast immer Kinderschwestern oder Institutionen der öffentlichen Fürsorge.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts begann man erstmalig umfangreiche Untersuchungen an Heimkindern durchzuführen. 1909 v. Pfaundler, es folgen Nitschke, Bennhold, Thompson, Bowlby, Köttgen, Dührssen, Joppich, Weidemann, Boehncke und viele andere. Loeschke, Brenner, Stier und Zierl zeigen einen Weg zur Vermeidung des infektiösen Hospitalismus. Durch verbesserte hygienische Maßnahmen und Fortschritte auf dem Gebiet der Pädiatrie konnten immer mehr Kinder, die in der Massenpflege großgezogen wurden, am Leben erhalten werden. Zugleich mit der Feststellung von schwersten Entwicklungsschäden an diesen Kindern trat die dringende Forderung nach Verbesserung der

Heime auf, weitgehender Verhütung von Hospitalismus, oder wie Köttgen es ausdrückt von Verkümmerung, das Hospitalismus nicht allen Fällen gerecht wird.

Am umfassendsten erscheint der Ausdruck von Damborská: Deprivationssyndrom, worunter sie die Verhaltensstörungen von Kindern versteht, die in frühem Alter Liebe entbehren mußten.

Es liegen psychologische Untersuchungen von Weidemann an 120 Heimkindern zwischen 0 und 6 Jahren vor, die er 60 Kindern aus ähnlichem sozialem Milieu gegenüberstellte. Untersuchungen von Dührssen beschäftigen sich mit älteren Kindern, doch wird immer wieder darauf hingewiesen, daß für die psycho-physiologische Entwicklung das erste Lebensjahr ganz entscheidend prägend wirkt, ja sogar ein mehrmonatiger Aufenthalt von Säuglingen in einem Heim Schäden setzen kann, die nicht mehr auszugleichen sind. Bürlingham und A. Freund erkennen Entwicklungsschäden nach 5-6 Monaten Heimaufenthalt. Spitz und Wolf bereits nach 3 Monaten. Auch v. Harnack glaubt, daß eine emotionale Vernachlässigung besonders während des ersten Lebensjahres die Persönlichkeitsentwicklung stören kann. Diese Störung ist jedoch nicht an die Mutter gekoppelt. Eine Ersatzmutter sei durchaus in der Lage, die seelischen Bedürfnisse eines Kindes zu erfüllen. Ist dies jedoch nicht der Fall, oder wechselt die Ersatzmutter zu oft, so sind Entwicklungshemmungen die Folge. Rabin stellte Untersuchungen an Kindern in Israel an, die in einem Kibbuzim aufwachsen, am Tage von Kindergärtnerinnen betreut werden, abends für eine Stunde bei der Mutter sind und von dieser 6-8 Monate gestillt werden. Im Vergleich zu Kindern die in einem Dorf aufwachsen, sind die Kibbutzkinder in der Ich-Entwicklung im ersten Jahr unterlegen. Später übertreffen sie die anderen sowohl in dieser Beziehung als auch im Intellekt. Zu gleichen Ergebnissen wie Rabin kommt Margret Mead in ihren Untersuchungen.

Untersuchungen von Klackenberg in Schweden zeigen ein anderes, wesentlich günstigeres Bild. Es konnten von ihm keine Unterschiede, weder körperliche, noch geistiger Art

zwischen Kindern, die in Heimen aufwachsen und Familienkindern festgestellt werden. Es ist bekannt, daß die sozialen Einrichtungen in Schweden außerordentlich gefördert werden, und daß die Säuglings- und Kinderheime unter wesentlich besseren Bedingungen arbeiten. Ein noch so gutes Ergebnis darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß das beste Heim nicht die Liebe und intensive Pflege, deren gerade der junge Säugling bedarf, ersetzen kann. Andererseits führen auch ungünstige häusliche Verhältnisse und unzureichende liebevolle Zuwendung und Betreuung zu schweren Schäden, besonders bei jungen Kindern.

Es muß an dieser Stelle aber sehr warnend der Satz von Bowlby erwähnt werden " besser ein gutes Heim, als ein schlechtes Elternhaus. "

Zu oft hört man heute noch von Kindermisshandlungen, E. Nau, oder von extrem asozialen Verhältnissen, in denen die Kinder weder das Minimum an Liebe und Zuwendung der Mutter, noch an körperlicher Pflege bekommen. In solchen Fällen ist gewiß ein Heimaufenthalt, trotz der bekannten Nachteile zu befürworten. Der Heimaufenthalt darf nur nicht zu lange werden.

Ärzte und Psychologen haben sich mit den Folgeerscheinungen der frühen Mutter-Kind-Trennung beschäftigt. Es sei auch auf die Aufsätze von Schraml hingewiesen. A. Binet und Th. Simon entwickelten die ersten psychologischen Kleinkindertests. In Amerika wird die Arbeit von Gesell weitergeführt. In Österreich die sogenannte Wieder Kinderpsychologische Schule, zu der Ch. und K. Bühler gehören, und deren Schüler Hetzer und Wolf, die angeregt durch die Arbeiten von S. Freud sehr wertvolle Arbeiten zur frühen Mutter-Kind-Beziehung geliefert haben.- Jean Piaget hat wohl wie kein anderer Entwicklungspsychologe die Entwicklung des geistigen Lebens auf allen Altersstufen von der Geburt bis zur Adoleszenz systematisch untersucht.

Zu den bekanntesten Tierexperimenten über die Mutter-Kind-Beziehung zählen die Versuche von Harlow an Affen und von Lorenz an Enten.

Vorschläge der Untersucher zur Verbesserung und Reform der Säuglingsheime.

Fast alle Autoren, die über Entwicklungsschäden an Heimkindern berichtet haben und deren Ursachen aufdeckten, versuchten einen Weg zur Verhütung von Hospitalisationsschäden und zur Verbesserung der Heime aufzuzeichnen.

So haben Hellbrügge, Pechstein, Mehringer, Hartung, Glattkowski und Köttgen nicht nur auf Mängel hingewiesen, sondern auch Vorschläge für deren Beseitigung und bessere Lebensbedingungen für Heimkinder gemacht. Hartung fordert besonders Teamarbeit für das Kind im Säuglingsheim und außerhalb des Säuglingsheimes. Das heißt einerseits bessere Zusammenarbeit der Kinderschwestern, der Heimleitung und der Heimärzte, andererseits bessere Zusammenarbeit zwischen Heimträger, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, freien Wohlfahrtsverbänden, caritativen und kirchlichen Organisationen. Mehringer weist besonders darauf hin, daß durch häufiges Gespräch die Mutter immer wieder ermutigt werden muß, zu ihrem Kind zu stehen. Hartung fordert weiter sehr dringend, daß die Zahl der Heimaufnahmen reduziert werden müsse, dies besonders durch genaues Prüfen der Gründe der Heimeinweisung. Untersuchungen hierzu liegen vor, von Stier, Hartung und Glattkowski. Leider besteht selten die Alternative Heimaufenthalt oder nicht; die Kinder werden von den Eltern abgelehnt und zur Adoption freigegeben. Dies bedeutet Heimaufenthalt zumindest bis sich geeignete Pflege-oder Adoptionseltern gefunden haben. Es wäre anzustreben, diese so schnell wie irgend möglich zu finden. Dem steht gegenüber, daß das Adoptionsverfahren bei uns noch

recht umständlich ist. Selten werden die Kinder vor dem Ablauf des ersten Lebensjahres adopiert. Viele Kinder die sich gut zur Adoption eignen, warten in den Heimen vergeblich auf Pflegeeltern. Meist zu lange, bis sich das Deprivationssyndrom manifestiert hat.

Aus persönlichen Gesprächen mit Dr. Kairath aus Prag erfuhr ich, daß man in der CSSR bereits so weit gegangen ist, daß Kinder ohne Einverständnis der Eltern zur Adoption gestellt werden.

1. wenn die Eltern sich 1 Jahr lang nicht um die Kinder gekümmert haben,

2. wenn den Eltern durch gerichtlichen Beschluß das Sorgerecht für die Kinder entzogen ist,

3. wenn die Eltern einmal das Einverständnis zur Adoption gegeben haben.

Der letzte Punkt mag etwas ungewöhnlich und hart erscheinen, und ist sicher nicht zum Guten der Kinder.

In Deutschland sind ebenfalls Bestrebungen im Gang, die Frühadoption zu ermöglichen.

Werner Schmidt vertritt die Ansicht, daß der Kampf gegen den Hospitalismus bei der Mutter einsetzt. Jede Mutter, deren Kind nach der Entbindung im Heim bleibt, erhält vom Kreisjugendamt Uelzen (1966) ein Merkblatt, "Muß ihr Kind im Heim bleiben."

Immer wieder werden Forderungen zur Vermeidung des Hospitalismus gestellt, so auch Otto Flug. Er plädiert für kleine private Heime, jedoch keine reinen Säuglingsheime, sondern Familiengruppenheime. Die gleichen Ideen vertreten W. Zierl und viele andere. Mit den folgenden 7 Forderungen, richtet sich Mehringer an alle die es angeht: Regierung, Fürsorgeverwaltung, Jugendamt, Fürsorgeverbände, Vormundschaft, Träger der Heime, Leiterinnen und Schwestern der Heime.

1) Die Säuglingsheime müssen organisatorisch, pädagogisch reformiert werden:
Nicht mehr als 6 Kinder für eine Schwester!
Kein Wechsel von Station zu Station!
Pädagogisch-nicht nur medizinisch-pflegerisch-ausgebildete Betreuungskräfte!

2) Die Säuglingsheime müssen die höheren Kosten für die Reform von den einweisenden Stellen verlangen - die einweisenden Stellen müssen ihnen diese Mittel gewähren.

3) Die Säuglingsheime müssen fürsorgerisch aufgeschlossen werden.

4) Jedes Kinderheim soll auch Kleinkinder aufnehmen, und ihnen möglichst früh das Zusammenleben mit grösseren Kindern ermöglichen.

5) Jeder gutwilligen Mutter, die ihr Kind behalten will, ist zu helfen, daß sie ihr Kind behalten kann.

6) Unser Adoptionswesen bedarf einer stärkeren Aktivierung.

7) Wir brauchen eine wirksamere und stetige Aufklärung über die Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung in den ersten Lebensjahren.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Methodik

Nach dem bereits auf Seite 1 erwähnten Schema von Damborská wurden 1967-68 in Berlin 28 Familien- und 29 Heimkinder in ihrer psycho- physiologischen Entwicklung während des ersten Lebensjahres getestet. Für jedes der insgesamt 57 durchgetesteten Kinder wurde ein extra Blatt des Damborská - Schemas angelegt, in das die Testergebnisse eines jeden Monats eingetragen wurden. Die Vergleichsgruppe der Familienkinder konnte bereits im Säuglingszimmer des Entbindungsheimes erstmalig getestet werden. Nachfolgend wurden die Kinder im Elternhaus jeden Monat einmal über 1 Jahr lang untersucht.

Es wurde darauf geachtet, daß die Kinder immer in etwa gleichen Abständen getestet wurden, also jeweils 3-4 Wochen zwischen den einzelnen Untersuchungen lagen.

War ein Kind erkrankt oder nach einer Impfung fieberhaft apathisch, so wurde die Zeit für einige Tage überschritten, um in diesem Zustand nicht getäuscht zu werden. Weiterhin wurde darauf geachtet, daß bei den Untersuchungen, die Person, an die das Kind gewohnt war, zugegen war und deren Angaben und Anregungen berücksichtigt. Man sollte also dem Kind jede Chance geben, so gut wie möglich abzuschneiden. Dazu gehört auch, daß man die Kinder in ihrer Entwicklung verfolgt, und die Kinder fortlaufend testet um ein Gesamtbild über eine gewisse Zeit, hier über ein Jahr, zu erhalten.

Kinder mit chronischen Erkrankungen wurden aus dem Test ausgeschieden. Nicht geeignete Kinder wie mongoloide oder Kinder mit einer Myelocele oder einem Hydrocephalus internus wurden erst gar nicht in das Testprogramm aufgenommen.

Von einer anderen Testgruppe wurden einige der auch von mir getesteten Heimkinder zu einem vom Alter ganz unabhängigen Datum einmalig untersucht. Selbst kranke Kinder wie oben er-

wähnt, wurden in das Testprogramm aufgenommen. Weiterhin wurden die für die betreffenden Kinder zuständigen Pflegerinnen zum Test nicht zugezogen. Es ist also nicht erstaunlich, daß die Testergebnisse erhebliche Abweichungen von meinen Ergebnissen zeigen.

Heimkinder

Der Test wurde mit 42 Heimkindern in 6 verschiedenen Heimen, 2 konfessionellen, 4 privaten, begonnen. Da die Kinder nicht immer gleich in die Heime kommen, war es nicht möglich, die Heimkinder bereits als Neugeborene zu testen.

26 Kinder konnten bis zum Ende des ersten Lebensjahres untersuchungstechnisch verfolgt werden. Drei der Heimkinder nur bis zum Ende des 8. Lebensmonats, da sich für 2 Kinder Adoptionseltern fanden, ein Kind wurde von den leiblichen Eltern zurückgenommen.

13 Kinder verließen die Heime bereits nach wenigen Monaten, sie wurden teils adoptiert, von den Eltern zurückgenommen oder waren wegen schwerer Erkrankung, die sich über Monate hinzog, für den Test nicht mehr geeignet. Die wenigen Ergebnisse dieser 13 Kinder bleiben unberücksichtigt, da sie für den Test zu wenig Ausdruckskraft besitzen.

Heim A.

Es handelt sich um ein konfessionelles Haus (katholisch) , das eine gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung und ein Säuglingsheim unterhält. Das Gros der Kinder im Säuglingsheim kommt von der Entbindungsstation im Haus.

Im Kinderheim befinden sich 80 - 90 Kinder vom Neugeborenenalter bis zu 4 Jahren. Die Säuglingsabteilung, auf der die zu untersuchenden Kinder untergebracht waren, umfaßt 4 Stationen,

mit je 10 - 12 Betten. Jede dieser Stationen, ob voll belegt, oder nicht, hat 2 Vollschwestern und eine Schülerin oder Praktikantin.

Neben der Betreuung der Kinder, muß die Station von den Schwestern sauber gehalten werden, und die Wäsche ausgebessert werden. Mahlzeiten und Wäsche werden gestellt.

Heim B.

Dieses Haus ist ebenfalls ein konfessionelles Haus, (katholisch), mit 110 Kindern vom Neugeborenenalter bis 15 Jahre. In 3 Säuglingszimmern befinden sich insgesamt 13 Betten. Nach etwa 5 Monaten kommen die Kinder auf die Krabbelstation, auf der sich 27 Kinder befinden, die von 2 Vollschwestern und 3 Helferinnen oder Schülerinnen betreut werden. Es hat also eine Pflegeperson etwa 4 Kinder zu betreuen. Neben der Kinderpflege müssen sie staubwischen und Wäsche ausbessern, Raumpflegerinnen sind extra angestellt, Wäsche und Mahlzeiten werden geliefert.

Private Heime

Heim C.

Dieses private Säuglingsheim hat 26 (28) Kinder vom Neugeborenenalter bis zu 1 (1 1/2) Jahren. Das Heim hat 11 Angestellte, davon 3 Vollschwestern, der Rest sind Helferinnen, Praktikantinnen. Das Personal ist für alle anfallenden Arbeiten, wie Kinderpflege, Wäsche, Küche, Putzen zuständig.

Besitzer und Leiterin des Heimes sind: 2 Kinderschwestern.

Heim D.

In diesem Heim leben 25 Kinder vom Neugeborenenalter bis zu 2 Jahren. Auf der Säuglingsstation werden 8 Kinder von einer Vollschwester betreut, die zugleich für die Kinder kochen muß,

für die Putzarbeiten und die Wäsche zuständig ist.

Besitzerin und Leiterin des Heimes ist: 1 Kinderschwester

Heim E.

In diesem Heim sind 25 Kinder vom Neugeborenenalter bis zu 3 Jahren untergebracht. Eine Schwester hat 8 Kinder zu betreuen, wobei Nebenräume, Küche und Wäsche vom zusätzlichen Personal versorgt werden.

Besitzerin und Heimleiterin ist: 1 Kinderschwester

Heim F.

Das Heim befindet sich in Auflösung. Zur Zeit des Testes waren dort anfangs 8, später 5 Kinder vom Neugeborenenalter bis zu 2 1/2 Jahren untergebracht. Zur Betreuung der Kinder war eine Kinderschwester angestellt, die alle anfallenden Arbeiten zu erfüllen hatte.
Die Heimleiterin war nur noch teilweise tätig.

Besitzer und Heimleiterin ist: 1 Kinderschwester.

In allen Heimen wechselten die Kinder im Laufe des ersten Lebensjahres einmal die Station und damit das betreuende Personal.

Familienkinder

Der Test wurde mit 28 Familienkindern begonnen, die alle über 1 Jahr untersuchungsmäßig verfolgt werden konnten. Die Mütter, die auf der gleichen Entbindungsstation eines Berliner Krankenhauses entbunden wurden, erklärten sich bereit, über 1 Jahr an dem Test teilzunehmen und verfolgten die Ergebnisse mit regem Interesse.

7 der 28 Kinder waren Zweitkinder: alle Wunschkinder. Die Familien lebten in geordneten Verhältnissen, guter Mittelstand mit geringfügigen Abweichungen, nach oben und unten. Alle Kinder hatten ein eigenes Bett oder Wiege, die rechtzeitig gegen ein größeres ausgetauscht wurde. 2 Mütter begannen nach 8 Wochen wieder zu arbeiten; während der Zeit wurden die Kinder von der Großmutter, und vom Vater, der nicht arbeitete, betreut.

Während des ersten Lebensjahres wurden folgende Kinder zur stationären Behandlung in ein Kinderkrankenhaus aufgenommen:

4.
Mit 9 Monaten wurde T.R. für 7 Wochen wegen chronischer Opstipation stationär behandelt. Während dieser Zeit wurde das Kind 2 x in der Klinik getestet. Während und nach dem Krankenhausaufenthalt entwickelte sich T. besser als vorher.

10.
S.P. wurde mit 9 Monaten für 5 Wochen wegen einer Bronchopneumonie in einer Kinderklinik stationär behandelt. Das Kind wurde dort einmal getestet. S. entwickelte sich normal weiter.

20.
M.S. wurde mit 2 Monaten wegen einer Dyspepsie für 5 Wochen in ein Kinderkrankenhaus aufgenommen. M. wurde dort einmal getestet.

Die folgenden vereinfachten Testbögen entsprechen dem Schema von Damborská. Die Schnittpunkte der Linien entsprechen hier dem für den jeweiligen Monat und die jeweilige Testgruppe zugesonderten Aufgaben.

———————	eigene Untersuchungen für jeden Lebensmonat eine Kurve (Längsschnittuntersuchung)
– – – – – – – – – – –	einmalige Untersuchung von Herrn Prof.Dr. Hellbrügge (Querschnittsuntersuchung)
. . . . .	Überbrückung der statischen Entwicklung in der Bauchlage und im Sitzen; ab 10.Monat werden keine weiteren Anforderungen gestellt.
1. 2. 3.	Heimkinder fortlaufend numeriert
1'. 2'. 3'.	Familienkinder
*	Zweitkinder unter den Familienkindern.

1.

Name: H.J.T. (männl.) geb.: 29.4.1967
unehelich

Mutter: geb. 1934

Erzeuger unbekannt

H.J. hat 6 weitere Geschwister im Alter von 1-8 Jahren.

Grund der Heimaufnahme:

Schwachsinn der Mutter, kann ihr Kind nicht selbst versorgen.

Ereignisse während der Testzeit:

15.8.1967. Infekt, Dyspepsie, das Kind ist sehr apathisch.

Seit Oktober 1967: die Schwester legt das Kind auf den Bauch, Gymnastik, da bereits aufgefallen ist, daß H.J. den Kopf nicht heben kann.

Ende 10. Monat: Schwerer grippaler Infekt

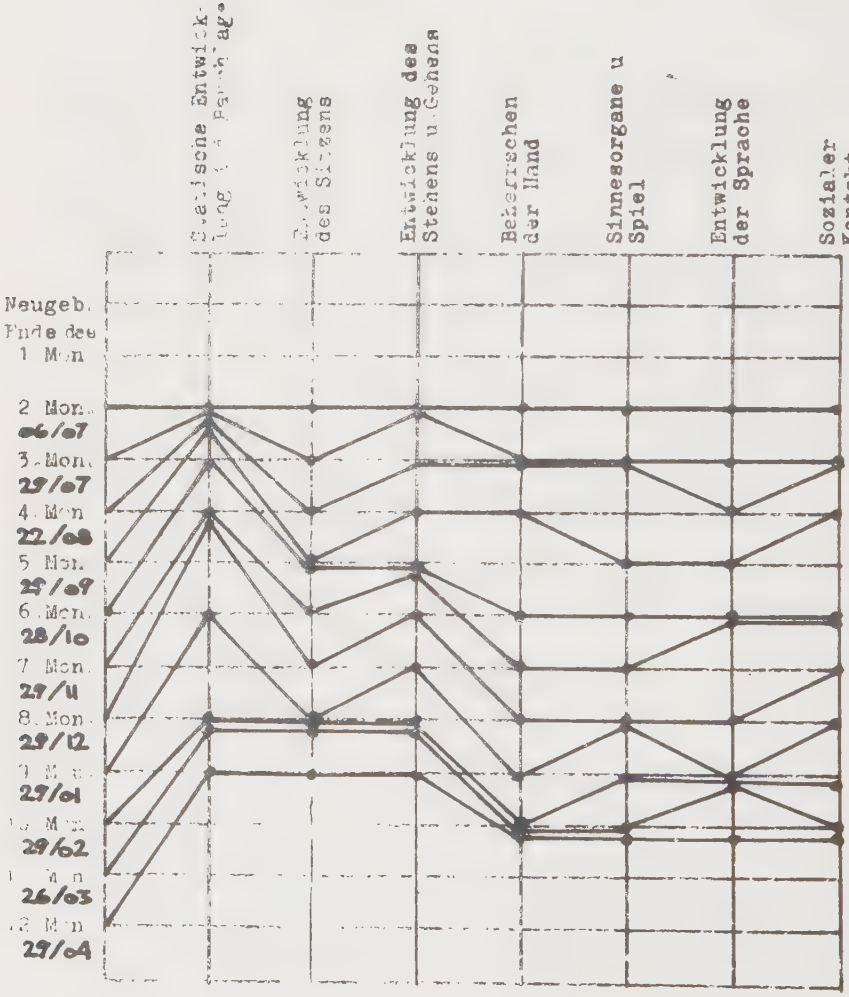
Mitte 11. Monat: Windpocken

12. Monat: Furunkulose am Hinterkopf

Das Kind erhält keinen Besuch.

Heim: D (Privat Säuglingsheim)

1. Name: H.J.T. ♂ geb.: 29/04/1967



2.

Name: D.L. (weibl) geb.: 26.5.1967
unehelich
Mutter: geb. 1943 Beruf: Barfrau
Vater: geb. 1941 Beruf: Maurer

Eine 1963 geborene Schwester wurde bereits zur Adoption gestellt, da eine Unterbringung bei der Mutter nicht zu befürworten ist.

Wegen Lues connata wurde D. in den ersten Lebenswochen in einem Kinderkrankenhaus untergebracht.
Das Kind erhält keinen Besuch.

Heim: B Konfessionelles Heim

3.

Name: A.H. (weibl) geb.: 28.5.1967
Mutter: geb. 1945 Beruf: ohne

Mutter verheiratet, wohnt bei ihren Eltern, vom Ehemann seit längerer Zeit getrennt. Aufenthalt des Ehemanns unbekannt. Nach Angaben der Mutter ist der Ehemann nicht der Erzeuger des Kindes A.

Außer A. wurde bereits eine 1965 geborene Tochter zur Adoption gegeben. Ein weiteres Kind lebt bei Mutter und Großeltern.
Grund der Heimaufnahme: beengte Wohnverhältnisse
A. bekommt keinen Besuch

Heim: F privates Säuglingsheim

4.

Name: S.P. (weibl) geb.: 6.6.1967
Vater: geb. 1934 Beruf: Arbeiter
z.Z. Gefängnis Tegel
Mutter: Beruf: ohne

Geschwister: 1964(weibl) unehelich, seit Geburt im Heim
1966(weibl)

2 Kinder aus der ersten Ehe des Ehemanns befinden sich ebenfalls in Heimen.

Grund der Heimaufnahme:
Die Mutter bittet kurz nach der Geburt des Kindes, das sich wegen Untergewicht noch im Krankenhaus befand, um einen Heimplatz. Dem Fürsorgeamt sind die sehr primitiven Wohnverhältnisse durch anonyme Hinweise bereits bekannt.
S. bekommt keinen Besuch.

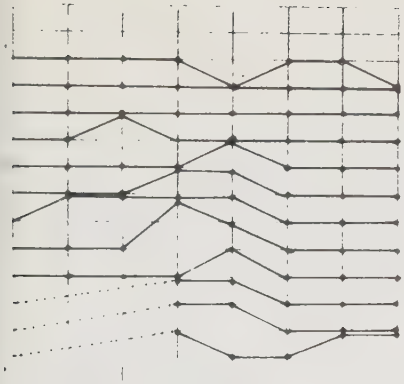
Heim: F. privates Säuglingsheim.

5.

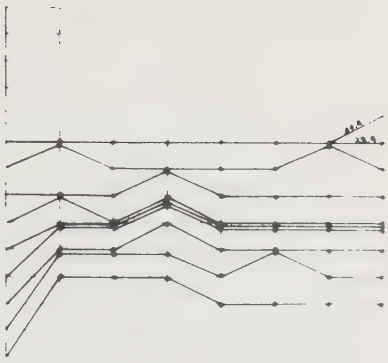
Name: M.T. (weibl) geb.: 18.6.1967
außerehelich
Mutter: 1937 Beruf: Vertreterin
Erzeuger: 1935
Weitere Kinder der Frau T.:
1955 (weibl.) lebt bei der Mutter
1959 (weibl.) zur Adoption
1960 (weibl) Kinderheim
1961 (männl.) Privatpflege
1963 (männl.) Privatpflege

Grund der Heimaufnahme:
Soziale Hilfsbedürftigkeit, Wohnungsnot.
Bis November 1967 erhält das Kind regelmäß Besuch der Mutter.

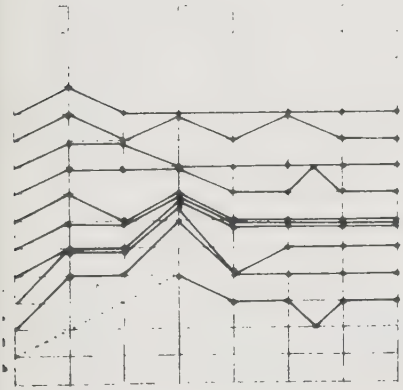
Heim: E. privates Säuglingsheim



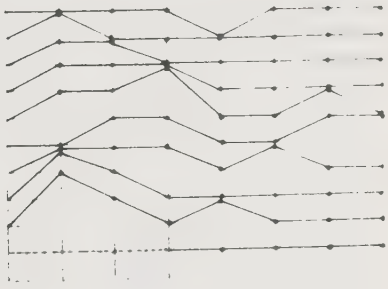
2. D.L. ♀ 26/03/1967



3. A.H. ♀ 28/03/1967



4. S.P. ♀ 04/04/1967



5. M.T. ♀ 18/04/1967

6.

Name: L.F. (männl.) geb.: 11.7.1967
außerehelich

Mutter: geb. 1933, geschieden, lebt mit ihrem älteren Kind zusammen.

Grund der Heimaufnahme: Zur Adoption

Ereignisse während der Testzeit:
Das Kind wiegt mit 4 Monaten 3 kg. Häufig Dyspepsien, Anfang November 1967 Furunkulose am Hinterkopf. Seit Januar 1968 Beginn der Eigenblutinjektion, da verschiedene Antibiotika erfolglos. Mit 6 Monaten 4 kg.
Trotz des reduzierten Allgemeinzustandes ist das Kind lebhaft und lacht viel. L. ist der Liebling des Hauses. Durch besonders intensive Pflege und Beschäftigung ist eine Retardierung weitgehend kompensiert. Eine Schwester des Hauses, gleiche Station, kümmert sich besonders um das Kind, sonst kein Besuch.

Heim: A. konfessionelles Heim

7.

Name: M.S. (weibl.) geb.: 20.7.1967
unehelich

Mutter: geb. 1944 Beruf: Barfrau

Erzeuger: verheiratet 4 Kinder

Grund der Heimaufnahme:
Die Mutter lebt in völlig ungeordneten Verhältnissen. Regelmäßiger Besuch der Mutter. M. ist ein spastisches Kind, das seit dem 5. Monat sehr erfolgreich am Bobath-Turnen teilnimmt.

Heim: A konfessionelles Heim

8.

Name: P.B. (männl.) geb.: 22.7.1967
unehelich

Mutter: geb. 1949 Beruf: Schülerin

Vater: geb. 1948 Beruf: Reprograf

Heimaufnahme:

bis zur Heirat der Eltern

Das Kind erhält täglich Besuch der Mutter, manchmal auch Erzeuger und Großeltern.

Heim: A. konfessionelles Heim

9.

Name: S.W. (männl.) geb.: 23.7.1967

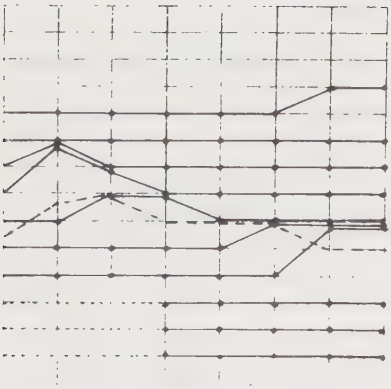
Mutter: geb. 1943

wird selbst vom Jugendamt betreut, vorübergehend in Bonnhöfer-Heilstätten behandelt,
weitere Kinder: 1963 (weibl.)
1965 (weibl.)

Grund der Heimaufnahme:
Die Mutter ist nicht in der Lage, die Erziehung des Kindes zu übernehmen.

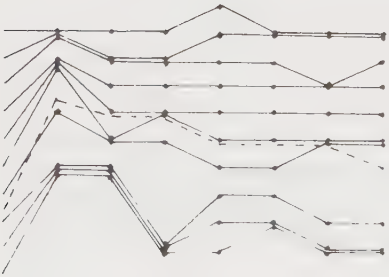
Die Mutter hat das Kind 1 X besucht.

Heim: C. privates Säuglingsheim



8. P.B. ♂ 22/07/1967

9. ST. W. ♂ 23/07/1967



[illegible] 11/07/1967

7 ♀ < 9 20/07/1967

10.

Name: S.G. (männl.) geb.: 23.7.1967
außerehelich
Mutter: geb. 1940
Erzeuger: keine Angaben
Geschwister: 1964 (männl.)

Grund der Heimaufnahme: zur Adoption

Nach Angaben der Schwestern ein ausgesprochen träges Kind. S. erhält keinen Besuch.

Heim: A konfessionelles Heim.

11.

Name: R.S. (weibl.) geb.: 25.7.1967
unehelich
Mutter: geb. 1949

R. wurde am 5.3.1968 vom privaten Säuglingsheim C aus in ein Adoptionsheim verlegt.

Am 25.6.1968 holte die Mutter das Kind aus dem Heim, da sie inzwischen geheiratet hat und der Ehemann R. und die 1 1/2 Jahre ältere Schwester adoptierte.

Das Kind erhielt während der Heimaufenthalte keinen Besuch.

R. wurde bis Ende des 7. Monats im Heim F. getestet. Bis Ende 11. Monat im Adoptionsheim. Ende des 12. Monats zu Hause.

12.

Name: C.S. (männl.) geb.: 29.7.1967

wahrscheinlich außerehelich, vorerst keine Ehelichkeitsanfechtung.

Die Eltern leben in Scheidung.

Mutter: geb. 1946

Vater: geb. 1941 z. Zt. in Haft

Grund der Heimaufnahme: zur Adoption

Das Kind erhält keinen Besuch.

Heim: A konfessionelles Heim.

13.

Name: B.B. (männl.) geb.: 31.7.1967

unehelich

Mutter: geb. 1942 Beruf: Theaterschneiderin

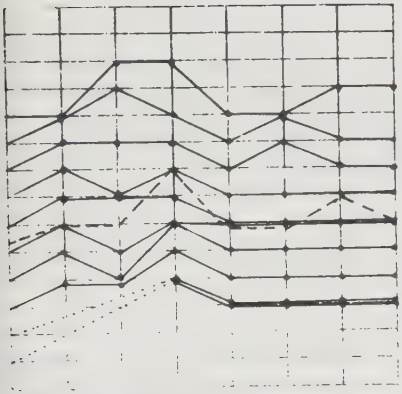
Vater: keine Angaben

Grund der Heimaufnahme:

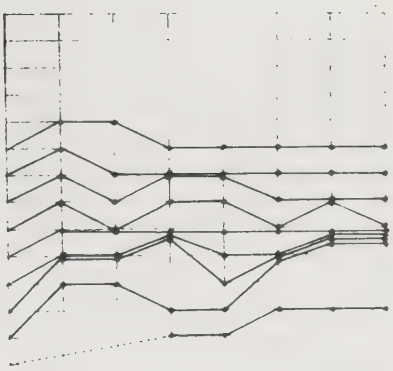
Die Mutter stellte das Kind zur Adoption, besuchte es jedoch während des Heimaufenthaltes regelmäßig und zog den Antrag zurück.

B. erließ das Heim mit 8 Monaten.

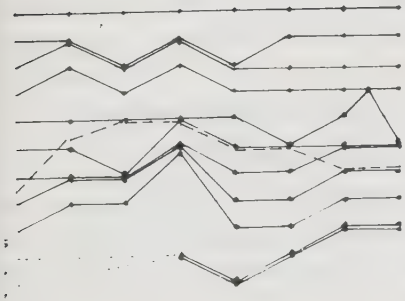
Heim: A konfessionelles Heim.



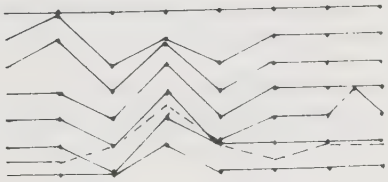
10. S.G. ♂ 23/07/1967



11. B.S. ♀ 25/07/1967



12. C.S. ♂ 29/07/1967



13. B.B ♂ 31/07/1967

14.
Name: A.M. (weibl) unehelich, geb.: 4.8.1967
Mutter: geb.1945, Beruf: Krankengymmastin in Ausbildung

Während der Schwangerschaft arbeitete die Mutter als Hausschwangere; nach der Entbindung noch einige Monate. Das Kind war auf einer anderen Station untergebracht. In den ersten 8 Monaten kümmerte sich die Mutter sehr um das Kind. Nach Wiederaufnahme der Berufsausbildung kaum noch.

Heim: A konfessionelles Haus

15.
Name: M.B. (männl.) geb.: 5.8.1967

Vater: geb. 1942 Beruf: Tankwart
Mutter: geb. 1945 Beruf: ohne

Zwei weitere Kinder, 1964, 1966 leben bei den Großeltern in Westdeutschland.

Da das Kind eine Frühgeburt war, mußte es nach der Geburt noch längere Zeit im Krankenhaus bleiben. Die Mutter kümmerte sich nicht um das Kind. Das Jugendamt wurde eingeschaltet.

Grund der Heimaufnahme:
Die Eltern haben keine feste Wohnung (Untermiete, Pension), und sind nicht bereit das Kind zu sich zu nehmen.

M. wurde bis Ende 5. Monat im Säuglingsheim D getestet.

Am 6.1.1968 wurde M. mit einer Bronchopneumonie in eine Kinderklinik verlegt und dort bis Ende 11. Monat getestet. M. wurde in ein konfessionelles Kinderheim verlegt und dort das letzte Mal getestet.

Kein Besuch während der ganzen Zeit.

16.

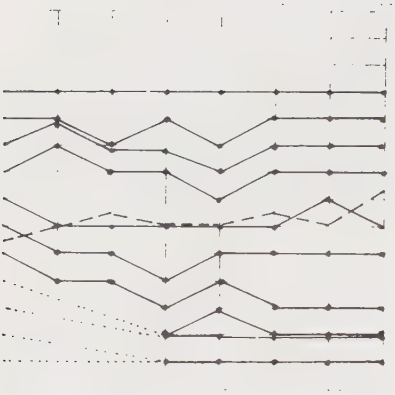
Name: I.M. (weibl.) geb.: 5.8.1967
Frühgeburt unehelich
Mutter: geb. 1948 Beruf: Fotomodell
Vater: unbekannt
Grund der Heimaufnahme: Zur Adoption
I. trägt seit dem 7. Lebensmonat eine Pawlick-Bandage. Das Kind erhielt 1x Besuch von Mutter und Großmutter. Eine Schwester des Heimes hat sich des Kindes besonders angenommen.
Heim: C privates Säuglingsheim

17.

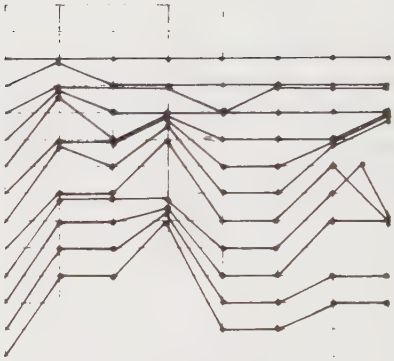
Name: R.F. (weibl.) geb.: 14.8.1967
Eltern: verheiratet
Vater: geb. 1917 Beruf: Rentner
Mutter: geb. 1924 Beruf: ohne
Grund der Heimaufnahme:
Die Eltern und die ältere Schwester sind dem zuständigen Jugendamt (Abt. Nerven-und Gemütskrankenfürsorge) seit langem bekannt. Sie leben zusammen in einem Raum der Obdachlosenunterkunft. Die Mutter ist nicht in der Lage, einen Haushalt zu versorgen, daher erfolgte Heimunterbringung der Tochter R.

Heim: C privates Säuglingsheim

Ergebnisse während der Testzeit:
R. trägt seit Anfang Juni 1968 eine Pawlick-Bandage.Das Kind erhält regelmäßig Besuch von beiden Eltern und einer Tante.

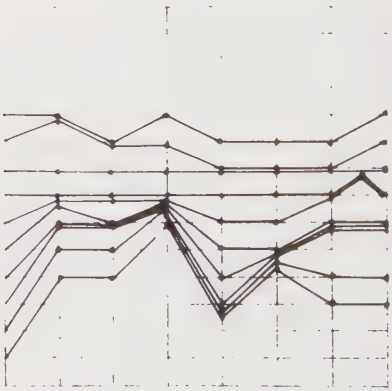


14. A.M. ♀ 04/08/1967



15. M.B. ♂ 05/08/1967

16. J.M. ♀ 05/08/1967



17. B.F. ♀ 14/08/1967

18.

Name: S.B. (weibl.) geb.: 7.9.1967
unehelich

Mutter: geb. 1941 Beruf: kaufmänn. Angestellte
geschieden

Geschwister: 1963 (männl.) ehelich
1964 (weibl.) ehelich

Grund der Heimaufnahme: zur Adoption

Kein Besuch

Heim: A. konfessionelles Heim

19.

Name: S.D. geb.: 21.9.1967
unehelich

Mutter: geb. 1925 Beruf: Verkäuferin
Name des Erzeugers wurde nicht angegeben, er ist verheiratet, hat 2 Kinder.

S. wurde zur Adoption freigegeben, da die Mutter sich in Folge ihres Alters (42 Jahre) nicht im Stande fühlt, das Kind aufzuziehen.

Regelmäßig Besuch der Mutter, erst in letzter Zeit.
Mit 12 Monaten für 3 Wochen bei der Mutter. Seitdem große Fortschritte.

Heim: A. konfessionelles Heim

20.
Name: A.S. (männl.) geb.: 24.9.1967
unehelich

Mutter: geb. 1948
lebt mit der älteren Tochter geb. 1966 bei ihren Mutter
zuletzt erwerbstätig 1966.

Grund der Heimaufnahme: Soziale Hilfsbedürftigkeit

A. erhält keinen Besuch
Seit dem 2. Lebensmonat kümmert sich eine Schülerin des Hauses besonders um A., nimmt das Kind öfter zu sich.

Heim: C. privates Säuglingsheim

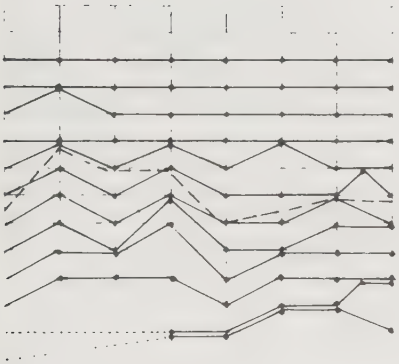
21.
Name: T.S. (männl.) geb.: 5.10.1967
unehelich

Mutter: geb. 1935 Beruf: Arbeiterin
Vater: keine Angaben

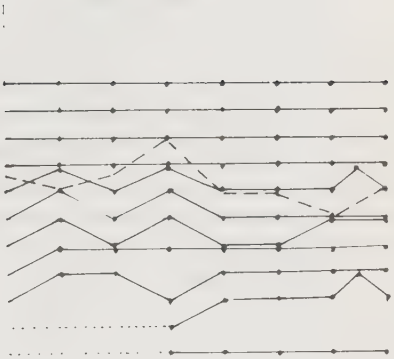
Grund der Heimaufnahme: zur Adoption,
da die Mutter sich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sieht, das Kind zu erziehen.
Ein elfjähriges Kind lebt bei der Mutter.

Kein Besuch

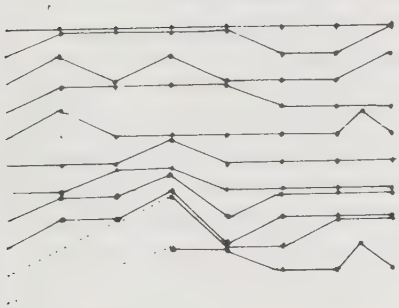
Heim: A. konfessionelles Heim



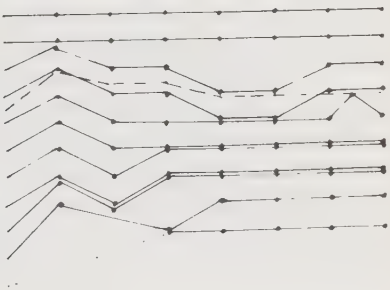
18. S.B. ♀ 07/09/1967



19. S.D. ♀ 21/09/1967



20. A.S. ♂ 24/09/1967



21. M.F ♀ 05/10/1967

22.

Name: M.F. (weibl.) geb.: 5.10.1967
ehelich

Vater: geb. 1944 Beruf: Maurer

Mutter: geb. 1945 Beruf: Hausfrau

Geschwister: 1963 (männl.)
1965 (weibl.)
1966 (männl.)

Grund der Heimaufnahme:
Fürsorgerechtliche Hilfsbedürftigkeit zur Adoption
Kein Besuch
Heim: A konfessionelles Heim

23.

Name: K.M. (weibl.) geb.: 10.10.1967
unehelich

Mutter: bei der Geburt des Kindes gestorben.
Eine Tante nahm das Kind über das Wochenende zu sich.
Seit 29.7.1968 in Adoptionspflege.

Heim: E privates Säuglingsheim

24.

Name: M.S. (männl.) geb.: 15.10.1967
unehelich lues connata
Mutter: geb. 1945 Beruf: Arbeiterin
Erzeuger: unbekannt
Geschwister: 2 (männl.)

Grund der Heimaufnahme: zur Adoption

kein Besuch. Ende des 8. Monats wurde M. adoptiert.

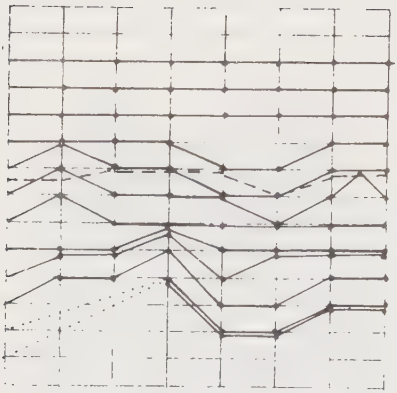
Heim: A konfessionelles Heim

25.

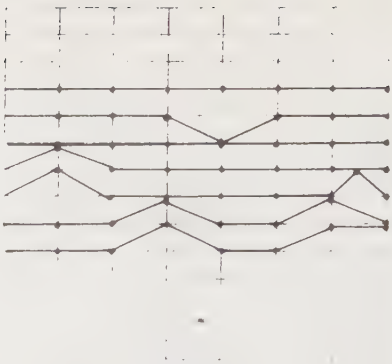
Name: N.K. (weibl) geb.: 16.10.1967
unehelich
Mutter: geb. 1940 Beruf: Barfrau
Vater: keine Angaben
Geschwister: 1963 (weibl.)
1965 (männl.)

N. befindet sich zur Pflege im Heim, beide Geschwister sind seit der Geburt im gleichen Heim untergebracht. Ende des 4. Monates wurde N. in eine Kinderklinik verlegt wegen eines wachsenden Hämangioms an der linken Brust. Während des 4 wöchigen Klinikaufenthaltes wurde N. dort getestet. N. erhält gelegentlich Besuch der Mutter.

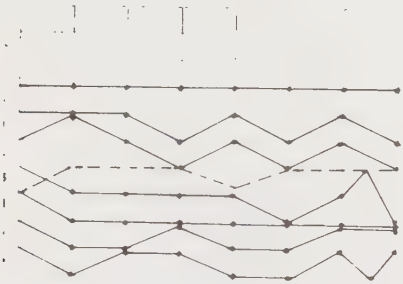
Heim: B konfessionelles Heim



22. T.S. ♂ 05/10/1967



23. K.M. ♀ 10/10/1967



24. M.S. ♂ 15/10/1967

25. N.K. ♀ 16/10/1967

26.

Name: T.L. (männl.) geb.: 27.10.1967
Spastiker
Mutter: geb. 1946 Beruf: ohne
Vater: keine Angaben
Geschwister: 1966 (männl.)
Grund der Heimaufnahme: zur Adoption
Ergebnisse während der Testzeit
Seit dem 4. Lebensmonat kümmert sich eine Schwester des Hauses besonders um T. und nimmt ihn öfters mit nach Hause.
Im 7. Monat (Mitte-Ende Mai) schwere Lungenentzündung.

Heim: A konfessionelles Heim.

27.

Name: J.N. (männl.) geb.: 26.10.1967
Scheinehelich
Mutter: geb. 1935 Beruf: Arbeiterin
Erzeuger: geb. 1919

J. ist das 4. Kind der Mutter, alle Kinder sind in Heimen in Westdeutschland untergebracht.
1956 (männl.) Pflegeanstalt
1958 (weibl.) Pflegenest
1959 (weibl.) Pflegestation

Grund der Heimaufnahme: Sozialbedürftigkeit

Die Eheleute leben getrennt. Die Mutter lebt mit dem Erzeuger des Kindes J. in Notunterkünften.
Ereignisse während der Testzeit: J. entwickelt sich sehr langsam. Das Kind erhält regelmäßig Besuch von Mutter und Erzeuger.

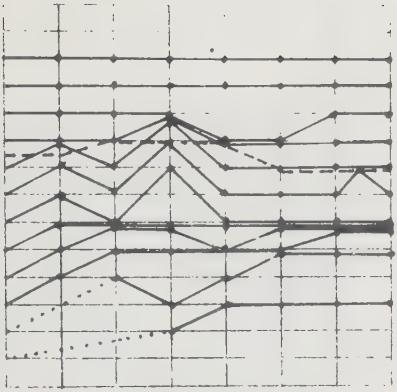
Heim: E privates Säuglingsheim

28.
Name: A.G. (männl.) geb.: 16.11.1967
Unehelich
Mutter: geb. 1948 Beruf: Arzthelferin
Vater: geb. 1946
Grund der Heimaufnahme: zur Adoption
Die Mutter besucht das Kind gelegentlich

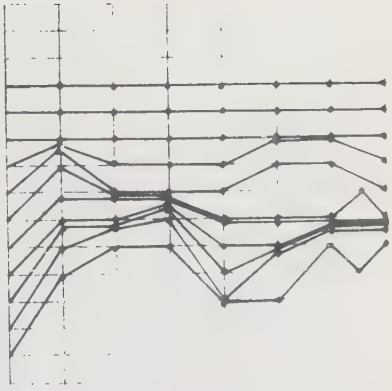
Heim: A konfessionelles Heim

29.
Name: P.B. (männl.) geb.: 16.11.1967
Unehelich
Mutter: geb. 1942 Beruf: Hausgehilfin
Antrag auf Vormundschaft
Vater: geb. 1940 Beruf: Hilfsarbeiter
Trinker
2 Geschwister, die den gleichen Vater haben
1965 (männl.)
1966 (weibl.)
Eine Unterbringung bei der Mutter ist nicht zu befürworten. Alle Kinder befinden sich in Pflegeheimen. Die Mutter besucht ihre Kinder jedoch regelmäßig.

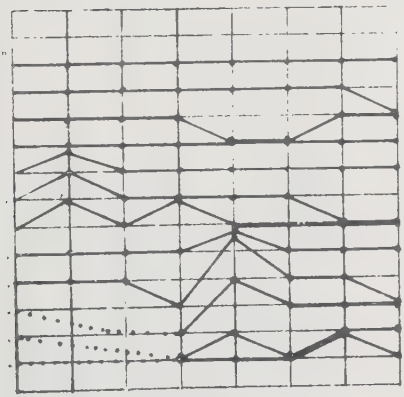
Heim: B konfessionelles Heim



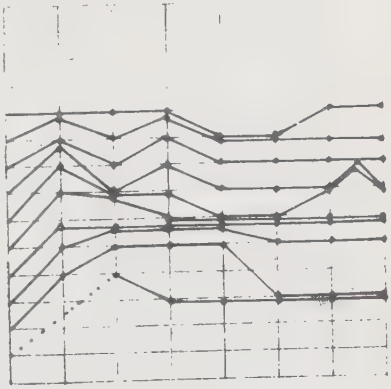
26. T.L. ♂ 27/10/1967



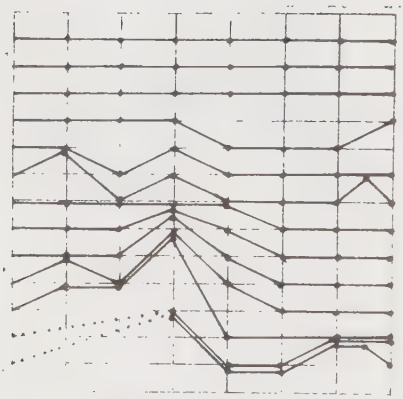
27. J.N. ♂ 26/10/1967



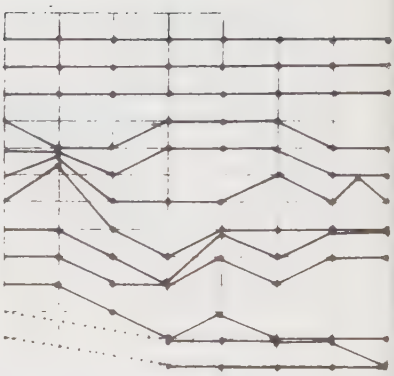
28. P.B. ♂ 16/11/1967



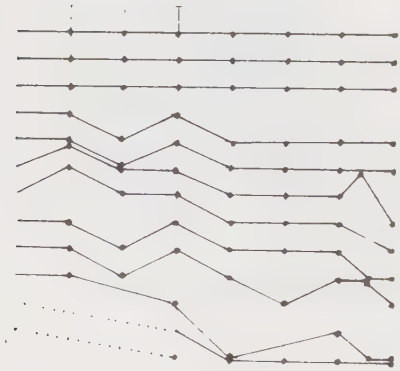
29. A.G. ♀ 16/11/1967



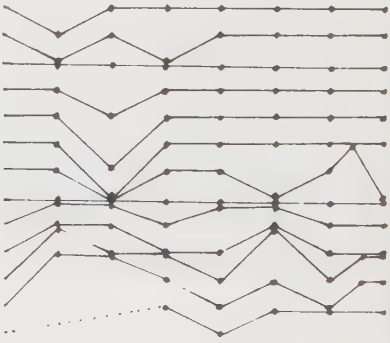
1'. E.W. ♂ 18/07/1967



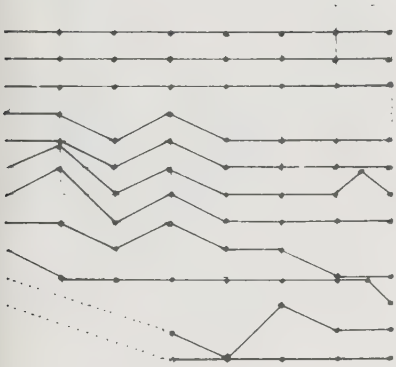
2'. C.W. ♂ 23/07/1967



3'. S.M. ♀ 26/07/1967

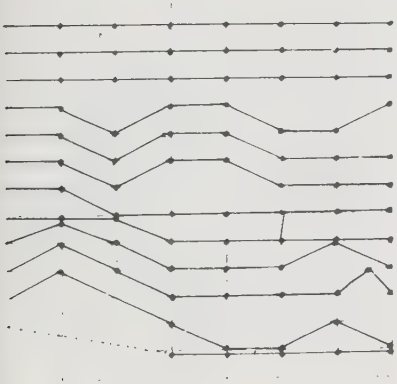


4' T.R. ♂ 26/7/1967

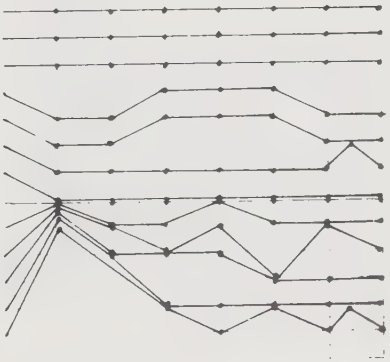


5'. C.R. ♀ 26/07/1967

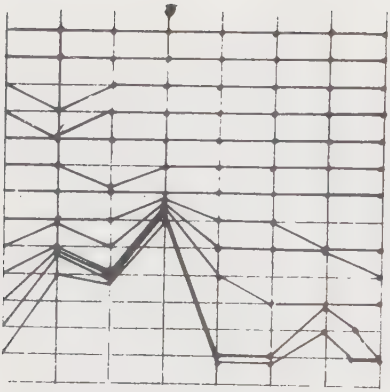
6'. A.G. ♂ 27/07/1967



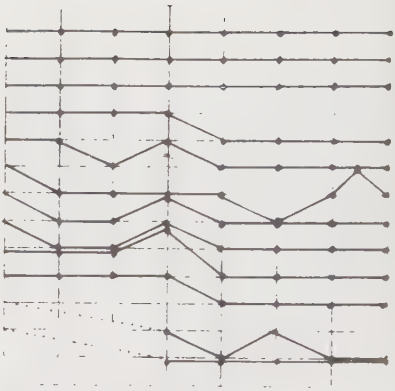
7'. M.B.* ♀ 28/07/1967



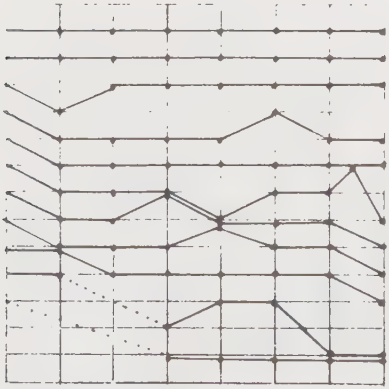
8'. O.B. ♂ 28/07/1967



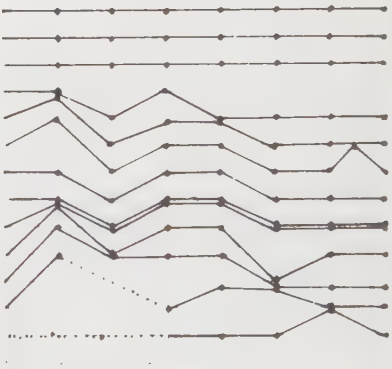
9¹. S.M. ♀ 29/07/1967



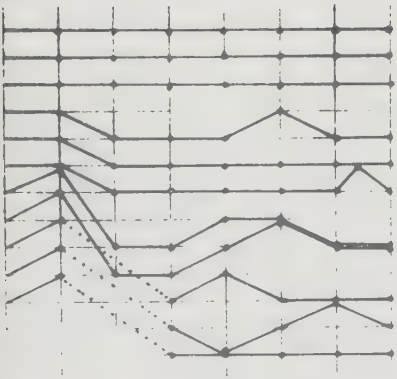
10¹. S.P. ♀ 31/07/1967



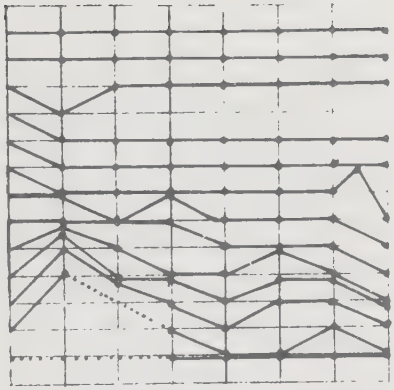
11¹. M.T. ♂ 31/07/1967



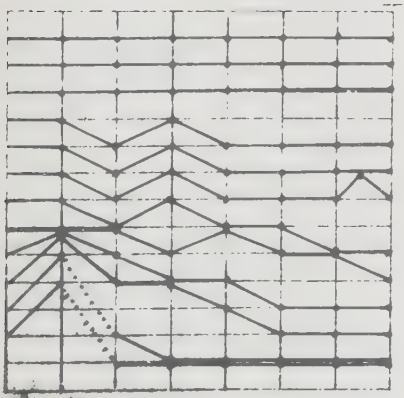
12¹. B.F.[2] ♀ 01/08/1967



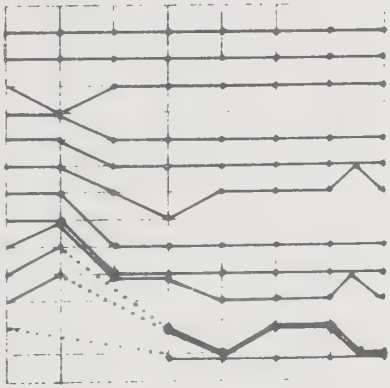
13'. A.W. ♀ 02/08/1967



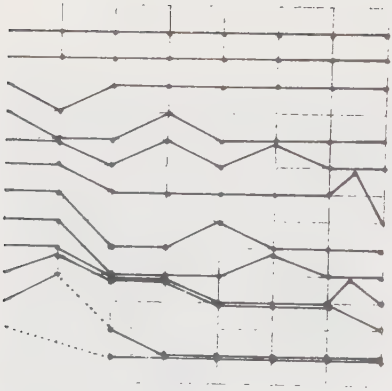
14'. S.H. ♂ 03/08/1967



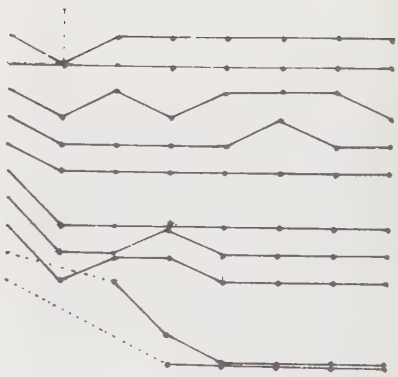
15'. T.W. ♀ 03/08/1967



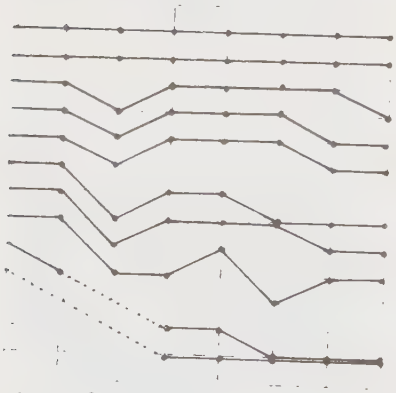
16'. C.K. ♂ 04/08/1967



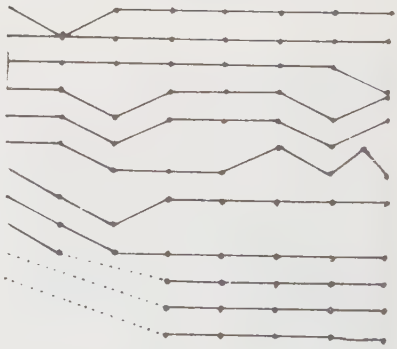
17'. M.S. ♀ 04/08/1967



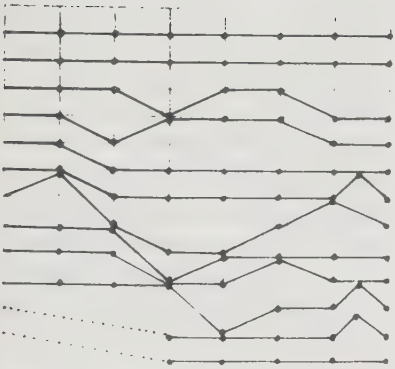
18'. M.C.R. ♀ 15/08/1967



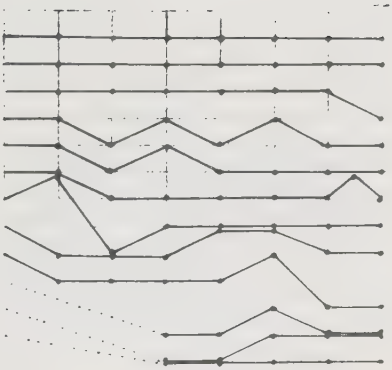
19'. J.S. ♂ 17/08/1967



20'. M.S. ♀ 17/08/1967

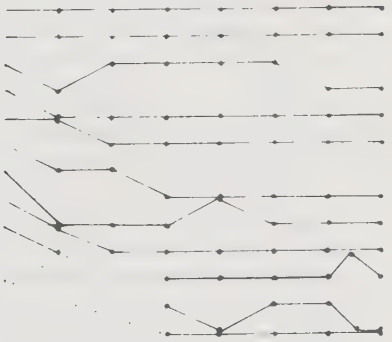


21'. P.M.B. ♂ 18/08/1967

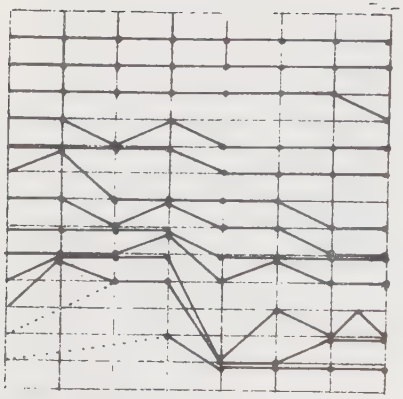


22'. G.M.[2] ♂ 18/08/1967

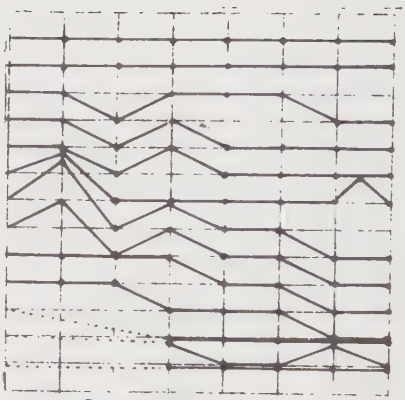
23'. F.N. ♂ 19/08/1967



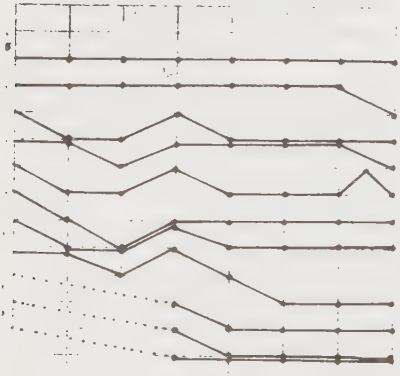
24'. S.H.[x] ♂ 20/08/1967



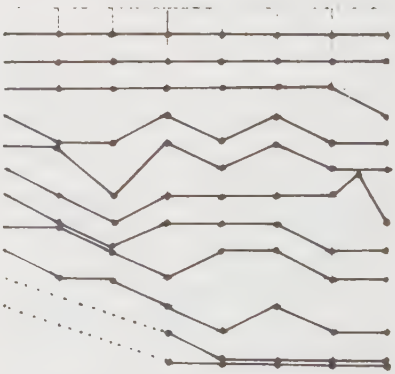
25'. B.S. ♀ 20/08/1967



26'. H.B.[5] ♂ 21/08/1967



27'. A.S. ♂ 21/08/1967



28'. E.D. ♂ 22/08/1967

DISKUSSION DER EIGENEN UNTERSUCHUNGEN

Wie schon gesagt, wurde bei der Beurteilung der Heimkinder ganz besonderer Wert darauf gelegt, daß bei den Untersuchungen eine Schwester oder Pflegerin zugegen war, die die Kinder betreute, und an die die Kinder gewohnt waren. Diesen bekannten Personen gegenüber sind gerade die Heimkinder viel eher zu einem Winke-Winke oder zum Nachahmen einiger Laute und Worte bereit. In den Heimen A und B wußten die Schwestern und in Heim E ebenfalls die Heimleiterin sehr genau über die Fortschritte der Kinder Bescheid; ob die einzelnen Testkinder sich im Bettchen drehen, ob sie anfangen nachzuahmen, ob sich das räumliche Verständnis entwickelt, indem sie in die Hohlwürfel etwas hineinstecken, und ob sie mit einem Finger die bunten Kugeln am Laufgitter einzeln hin-und herschieben.

Es sind dies die Heime, in denen die Kinder nicht nur in das Laufgitter gesetzt werden und sich beim Spielen selbst überlassen sind, weil die Schwestern in dieser Zeit andere dringende Arbeiten zu verrichten haben, sondern in diesen Heimen gehört es zu den Aufgaben der Schwestern, mit den Kindern zu spielen, sich mit den einzelnen Kindern auch einmal alleine zu beschäftigen, sie auf den Schoß zu nehmen, und am Tisch mit Bauklötzchen herumzuschieben.

Es war so nicht erstaunlich, daß Kinder, die den Test zufriedenstellend erfüllten, nur in solchen Heimen zu finden waren. In Bezug auf die getesteten Punkte konnte nicht von einer Retardierung gesprochen werden.

In den anderen Heimen: C, D, F, (private Heime) erreichte kein Kind die für das Ende des zwölften Monats von Damborská geforderten Punkte. In den privaten Heimen, in denen eine Schwester wesentlich mehr Kinder zu betreuen hat und nebenher noch zu anderen berufsfremden Arbeiten herangezogen wird, bleibt für die Pflege höherer Ordnung, wie Damborská sich ausdrückt, kaum Zeit.-

Eine bessere Aufklärung des ungeschulten Personals ist unbedingt erforderlich. Bedenklich erschien mir, daß von dem Hilfspersonal die Kinder zwar gefüttert und gebadet werden, daß diese Pflegerinnen jedoch keine Ahnung hatten, was ein Kind im Alter von beispielsweise sechs Monaten leisten muß. Auf Fragen, ob ein Kind bereits krabbelt, oder ob es mit beiden Händen gleichzeitig Spielsachen nehmen kann, kamen immer nur Antworten wie: " Das weiß ich nicht ..., dazu haben wir keine Zeit..., muß es das denn schon?"

Beispiel: Kind 1 war mit fünf Monaten nicht im Stande, in der Bauchlage den Kopf zu heben. Dies war im Heim, sogar der betreuenden Schwester noch nicht aufgefallen. Auf den Vorschlag hin, das Kind doch auch einmal auf den Bauch zu legen, erhielt ich die Antwort, das Kind würde dann nur das Bettchen vollspucken und zwischen den Mahlzeiten sei keine Zeit, sich mit den Kindern zu beschäftigen. Erst einen Monat später wurde das Kind einer heilgymnastischen Behandlung zugeführt.

Die mangelhafte Förderung der Entwicklung dieses Kindes zeigt wohl eindeutig, daß die privaten Heime zwar den Vorteil des kleineren Kreises und der familiären Atmosphäre bieten, aber andererseits auch die große Gefahr in sich tragen, daß a aus dem ohnehin tragischen Schicksal dieser Kinder finanzieller Nutzen gezogen wird. Es wird ein Minimum an Personal, meist ungeschulte Kräfte eingestellt; und von einer bestmöglichen Pflege im Hinblick auf die psycho-physische Entwicklung der Kinder kann keine Rede mehr sein.

Weiterhin ist zu bemerken, daß in den hier erwähnten konfessionellen Heimen die Ordensschwestern, ausgebildete Säuglings - und Kinderschwestern, nicht nur für 8 Stunden am Tag bei den Kindern sind, sondern über den ganzen Tag, ebenfalls am Wochenende und im Bedarfsfall auch nachts. - Einige dieser Schwestern versuchten die Mütter der von ihnen betreuten Kinder zu häufigen Besuchen zu bewegen. In einem

Fall gelang es einer Ordensschwester durch häufige Gespräche und Hinweise auf Schäden eines Heimaufenthaltes die Mutter zu bewegen, die Freigabe zur Adoption zurückzuziehen.

Bei dem im Verlauf dieser Arbeit in Berlin getesteten 42 Heimkindern wurden 5 von der Mutter zurückgenommen, 3 der Kinder erst nach Vollendung des 1. Lebensjahres - eine sehr junge ledige Mutter zog zu ihrer Großmutter um ihr Kind, das sich während der ersten 3 Lebensmonate in einem Heim befand, zu sich nehmen zu können. Sie zog die Freigabe zur Adoption zurück. Eine 42 jährige ledige Mutter nahm ihr Kind das bereits 10 Monate im Heim war, und das sie nie besucht hatte, in ihrem Urlaub für 14 Tage zu sich. Nach diesen 2 Wochen zog sie die Freigabe zur Adoption zurück und behauptete wörtlich:" ich kann ohne das Kind nicht mehr leben." Die restlichen 3 Kinder wurden von den Müttern zurückgenommen, da sie inzwischen heirateten und die Ehemänner, nicht die Erzeuger der Kinder, sich bereit erklärten, die Kinder zu sich zu nehmen. Alle diese Mütter haben ihre Kinder in den Heimen nicht oder selten besucht.

Es ist daher unbedingt erforderlich, daß in erster Linie der Personalschlüssel aufgebessert wird, so daß eine intensivere Beschäftigung mit den Kindern möglich wird. Weiterhin sollte regelmäßig die geistige und körperliche Entwicklung der Kinder, ganz besonders während des ersten Lebensjahres, von einer dem jeweiligen Heim nicht angehörenden, medizinisch - psychologisch geschulten Person überprüft werden. Werden durch die Kontrolle Schäden und Rückstände festgestellt, so sollten die Kinder nicht nur einer sofortigen Behandlung zugeführt, sondern es sollten auch die Ursachen dieser Schäden aufgedeckt werden, so daß man aufgrund der Mängel wieder zu einer Verbesserung der Heime und damit zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen für die Heimkinder findet.

Das von Damborská entwickelte Schema über die psycho - physische Entwicklung während des ersten Lebensjahres ist durchaus zu dem Zwecke der Überprüfung von Heimkindern geeignet. Nach unserer Überzeugung würde ich für die Zukunft folgende Änderungen in Erwägung ziehen:

Heim - und Familien- Kinder streckten oft bei " guten Tag " das Händchen aus, machten jedoch nicht " winke-winke." Ich habe im Test beides gleich bewertet.

Für fremde Menschen verständliche sinnvolle Worte sprechen wohl am Ende des ersten Lebensjahres selbst die Familienkinder nicht. Für die Mutter oder ganz allgemein die Person die täglich mit den Kindern zusammen sind, haben jedoch bestimmte Laute wie "ham-ham" (essen), "ta-ta" (Kinderwagen), "oa" (Oma) einen Sinn.

Fragen nach Körperteilen, die im 11. Monat gefordert sind, halte ich für zu speziell. Es wurde hier jeweils der Mutter oder Pflegerin überlassen, auf welche Worte das Kind reagieren sollte. Alle Fragen unter Entwicklung der Sprache sollten etwas allgemeiner gehalten werden.

Zwar sollte eine Überprüfung der Heimkinder von einer dem Heim nicht angehörenden Person durchgeführt werden, jedoch nie ohne die Gegenwart einer das jeweilige Kind betreuenden Pflegerin. Die Aufforderung, den Ball zu holen oder die Hand zu zeigen, bleibt sicher oft unbeantwortet. Es wäre jedoch falsch, dem Kind damit mangelndes Sprachverständnis zu bescheinigen, denn die betreuende Person, ob Mutter oder Pflegerin, wird zeigen, daß das Kind auf "Ente, Wau-Wau, oder Donald-Duck " durchaus reagiert, anfängt zu juchzen, davonkrabbelt und die genannten Dinge sucht und findet.

Auch eine einmalige Untersuchung eines Kindes zur Prüfung seiner geistigen und körperlichen Entwicklung (Querschnittsuntersuchung) birgt die Gefahr in sich, einen Schaden,der sich entwickelt und vielleicht erst in einigen Wochen mani-

fest wird, zu übersehen. Gerade die Heimkinder bedürfen einer ständigen Kontrolle um einen sich entwickelten Schaden oder einer Retardierung so früh wie möglich erfassen und behandeln zu können. Andererseits werden bei einer einmaligen Testung Kinder, die nach einem banalen Infekt noch etwas apathisch sind, falsch beurteilt. Diese Fehlerquellen werden bei einer monatlichen Kontrolle, wie es der hier beschriebene Test vorsieht, weitgehend vermieden oder aber bei der nächsten Kontrolle ausgeglichen.

Bei der Vergleichsgruppe der Familienkinder ergab sich ein wesentlich positiveres Bild: nur 4 Kinder erreichten die für die Entwicklung des Stehens und Gehens und die für die Entwicklung der Sprache geforderten Aufgaben mit Ablauf des ersten Lebensjahres nicht. Ein Kind erfüllte nur den Punkt für Stehen und Gehen nicht. Ein Kind erreichte den im zwölften Monat geforderten Punkt für die Entwicklung der Sprache nicht. Hieraus ist zu entnehmen, daß die Anforderungen von Damborská sehr hoch gestellt sind, und daß man nicht gleich von einer Retardierung sprechen kann, wenn ein Kind in ein oder zwei Punkten seinen Altersgenossen nicht ebenbürtig ist. Erst ein länger verfolgtes, auffälliges Zurückbleiben kann Anlaß zur Beunruhigung geben.

Von den 28 Familienkindern erfüllten

6 den Test nicht,
2 den Test im 12. Monat
12 den Test im 11. Monat
6 den Test im 10. Monat
2 den Test im 9. Monat.

Ein Kind(Nr. 8) krabbelte mit 12 Monaten noch nicht auf allen Vieren, lief jedoch, wenn es festgehalten wurde. Kind (Nr. 9) konnte mit einem Jahr gerade etwas unsicher stehen, wenn es an den beiden Händen gehalten wurde. Bis zum 6. Monat vollzog sich die Entwicklung im Stehen und Gehen normal, dann

blieb sie jedoch über ein halbes Jahr ohne einen Fortschritt stehen. Die Mutter wurde bereits nach zwei Monaten darauf aufmerksam gemacht und suchte ihren Hausarzt auf, der jedoch keinen pathologischen Befund erheben konnte. Am Ende des 17. Lebensmonats machte das Kind die ersten selbstständigen Schritte.

Die folgende Tabelle zeigt nebeneinander die mittleren Abweichungen der Heim - und Familienkinder von den von Damborská gestellten Anforderungen an die Entwicklung in den einzelnen Monaten und Gruppen. Dabei kommt sehr deutlich zum Ausdruck, wie die Ergebnisse der Heimkinder im Durchschnitt unter dem Normalwert liegen. Und wie sich ihre Durchschnittswerte mit steigender Monatszahl verschlechtern. Die Familienkinder dagegen mit steigender Monatszahl bessere Ergebnisse zeigen. Da einige Familienkinder bereits im 7. Monat Anforderungen, die im Schema für den 12. Monat gestellt sind, erreichen, und sie somit eine Rubrik beendet haben, ist es nicht weiter möglich, mittlere Abweichungen ab 8. Monat aufzuführen.

n	ENTWICKLUNG I. D. BAUCHLAGE		ENTWICKLUNG DES SITZENS		ENTWICKLUNG DES STEHENS U. GEHENS		BEHERRSCHEN DER HAND		SINNESORGANE UND SPIEL		ENTWICKLUNG DER SPRACHE		SOZIALER KONTAKT	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	0.00	+0.28	0.00	+0.07	0.00	+0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	+0.16	0.00	+0.39
3	-0.24	+0.37	0.00	+0.89	-0.16	+0.25	+0.28	+0.71	+0.16	+0.55	0.00	+0.92	-0.00	+0.82
4	-0.69	+0.16	-0.13	+1.00	-0.27	+0.28	+0.06	+0.60	-0.03	+0.60	-0.03	+0.89	-0.17	+0.85
5	-0.96	+0.07	-0.17	+1.17	-0.41	+0.36	0.00	+1.00	-0.03	+1.03	-0.07	+0.75	-0.16	+1.28
6	-1.31	+0.14	-0.17	+1.35	-0.86	+0.75	-0.03	+1.00	+0.03	+1.10	-0.38	+1.30	0.00	+1.45
7	-0.96	+0.28	-0.24	+0.89	-1.00	+0.81	-0.10	+0.85	-0.03	+1.03	-0.43	+1.23	-0.27	+1.39
8	-0.86		-0.58		-1.20		-0.37		-0.03		-0.70		-0.69	
9	-1.14		-0.96		-1.37		-0.55		-0.72		-1.01		-0.93	
10					-1.69		-0.69		-0.98		-1.15		-1.15	
11					-1.57		-0.71		-1.11		-1.30		-1.30	
12					-1.80		-1.07		-1.29		-1.59		-1.46	

n - ANZAHL DER VOLLENDETEN LEBENSMONATE

H - HEIMKINDER

F - FAMILIENKINDER

Beim Vergleich der 29 Heimkinder mit den 28 Familienkindern konnte festgestellt werden, daß sich bereits im 2. Monat Unterschiede bemerkbar machen, die mit jedem Monat augenfälliger werden. Hellbrügge und Pechstein befaßten sich in einem Artikel " Not in den Säuglingsheimen " mit den verlassenen Säuglingen, die in ihren Reihenbetten vergeblich auf den Menschen warten, der ihnen das erste Lächeln entlockt. Damborská erwähnt unter " sozialer Kontakt " im 2. Monat das Lächeln, im 3.und 4. Monat das Lachen der Kinder, das später unter "Entwicklung der Sprache" in Gurren, Juchzen, lustiges Schreien übergeht. In allen Punkten sind die Heimkinder nicht nur den Familienkindern unterlegen, ja sie erreichen im 2. Monat im Durchschnitt nicht die im Schema gestellten Anforderungen. Da doch gerade das Lachen ein Privileg der Kinder ist, empfindet man diesen Mangel an Ausdruck der Freude und des Wohlbefindens als ganz besonders tragisch. In einem Film des tschechoslowakischen Fernsehens Prag " Sozialkritische Untersuchungen " von J. Fraizail heißt es gleich zu Beginn: " Ich glaube, daß man eine Gesellschaft daran messen kann, was diese Gesellschaft für kleine Kinder und alte Leute tut." ... Sicher wäre es besser, man würde erst Maß an unsere Gesellschaft legen, wenn die bekannten und die an Hand des von Damborská entwickelten Schemas über die psycho - physiologische Entwicklung im ersten Lebensjahr noch einmal aufgeführten Mängel weitgehend reduziert würden.

Nach dem von Damborská - CSSR - entwickelten Schema wurden 1967-68 in Berlin von mir 28 Familienkinder und 29 Heimkinder jeweils über ein ganzes Jahr monatlich 1 x getestet.

Der besondere Vorteil dieses Schemas liegt darin, daß für jeden einzelnen Monat des ersten Lebensjahres eine Beurteilung des Entwicklungsganges möglich ist.

Es handelt sich im Schema besonders um

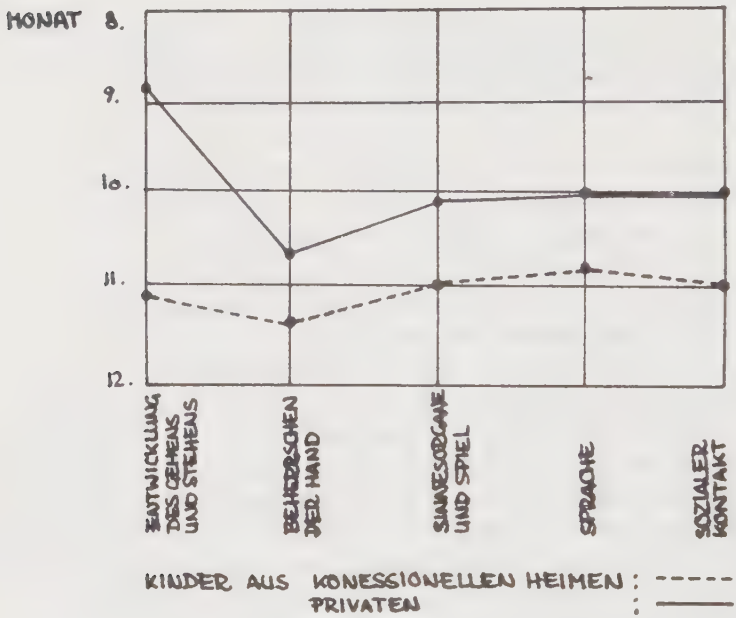
1. die statische Entwicklung in der Bauchlage
2. die Entwicklung des Sitzens
3. die Entwicklung des Stehens und Gehens
4. das Beherrschen der Hand
5. die Entwicklung der Sinnesorgane und des Spiels
6. die Entwicklung der Sprache
7. die Entwicklung des sozialen Kontaktes.

Von den 29 Heimkindern erfüllten nur 5 die Testanforderungen vollständig. Es sind dies jedoch die Kinder, die entweder fast täglich Besuch ihrer Mutter oder sonstiger Verwandter erhielten, deren Mutter im gleichen Heim tätig war, oder die zeitweise, nicht nur über ein Wochenende, sondern manchmal über 14 Tage bei der Mutter zu Hause waren.

Im Gegensatz dazu haben nur 6 von 28 Familienkinder versagt. In diesen 6 Fällen wurden jeweils die Forderungen für die Entwicklung der Sprache und die Entwicklung des Stehens und Gehens nicht erreicht.

Die Untersuchungen zeigten, daß der Aufenthalt in Heimen, zumindest in Heimen, die so geführt werden, wie einige der von uns erwähnten der Entwicklung der Kinder nicht förderlich sind. Auffallend war eine Retardierung bis zu 5 Monaten in der Entwicklung der Sprache, des Gehens und

Stehens. Folgende Zeichnung soll besonders den eminenten Unterschied zwischen konfessionellen und privaten Heimen veranschaulichen.



Durch eine <u>regelmäßige</u> Überprüfung der psycho- physiologischen Entwicklung der Heimkinder sollten Ansatzpunkte für eine gezielte Förderung gewonnen werden, um diese Nachteile auszugleichen.

LITERATURVERZEICHNIS

ASPERGER,M. / JOPPICH, G. — Über die geistig-seelische Entwicklung des Kindes, seine Erziehung. In: Lehrbuch der Kinderheilkunde (Feer) 1966, 30-39

BENNHOLDT-THOPSEN,R.C. — Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 24; 1, 1957
Paed. 45; 1, 1956

BOEHNCKE,H. — Die Bedeutung der frühen Kindheit. in: Unsere Jugend 9; 1964

BOWLBY, JOHN — Material Care and Mental Health. in: World Health Org. Monogr. Ser.: NO 2 Genf 1951

BÜHLER,CHARLOTTE — Soziologische und psychologische Studien über das erste Lebensjahr. Jena, 1927

BUHLER, CHARLOTTE u. SCHENK -DANZIGER, L. — Abriß der geistigen Entwicklung des Kleinkindes. Heidelberg: Quelle u. Meyer, 1958

BURLINGHAM / FREUD, A. — Anstaltskinder. London; 1950

DAMBORSKÁ,M. u. KOCH, J. — Psychologie a pedagogika ditetê. Praha: SZN - Verlag 1966

DAMBORSKÁ, M. u. STEPANOPA, P. — Problemy adaptebility ustavnich dêti CS. in: CS Pediat. 17 (1952), 600

DAMBORSKÁ, M. — Citový život a vývog rêči Kojencu v kollektivnich zarîzenich. SZN - Verlag, Praha 1963

DAMBORSKÁ, M. u.MATEJCEK — Kinder ohne Liebe Tonfilm in dtsch. Fassung, Prag 1963 Tschechoslowakischer Filmexport

DAMBORSKÁ, M. — Kinder ohne Liebe.
in: Monatskurse für ärztl. Fortbild. 16; (1966) 552

DIES — Heim- und Pflegekinder in der Entwicklung.
Göttingen 1964

DÜNRSSEN, A. — Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung.
Verlag für med. Psychologie
Göttingen 1958

DUNOWSKY — 1.) Fürsorge für Kinder ohne Familie in der Tschechoslowakei.
in: Unsere Jugend, 5; (1966), 228
2.) Kinder ohne Liebe.
in: Unsere Jugend, 4; (1965), 145

ENGEL, ST. u. BEHRENDT, H. — Säuglingsfürsorge (einschl. Pflegekinderwesen und Mutterschutz.)
in: Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge.
Bd. IV, 28
Julius Springer Verlag
Berlin, 1927

FLUG, O. — Ein Fall von Hospitalismus; Möglichkeiten der Heilung und Verhütung von Hospitalschäden.
in: Unsere Jugend, 5; (1966), 208

FREUD, S. — Abriss der Psychoanalyse
Fischer 47, 9

GESELL, A. — Säugling und Kleinkind in der Kultur der Gegenwart.
Die Förderung der Entwicklung in Elternhaus und Kindergarten.

v. HARNACK, G. A. — 1.) Bedeutung der Mutter für die seel. Entwicklung des Kindes.
DMW; 90; (1965) 1221

v. HARNACK, G. A. 2.) Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen. in: Bibliotheka Paeditrica Fasc. 55

HARTUNG, K. u. GLATTKOWSKI, M. Erhebungen über Aufenthaltsdauer und Gründe, die zur Heimaufnahme von Säuglingen führen. in: Prax. Kinderpsychol. 14; (1965) 241 u. 297

HARTUNG, K. Teamarbeit für das Kind im Säuglingsheim. in: Gesundheitsfürsorge, 17;(1967),5

HEITZ, G. Was wissen wir von kleinen Kindern? in: Unsere Jugend, 5; (1966), 217

HELLBRÜGGE, TH. u. PECHSTEIN, J. 1.) Über die Not in den Säuglingsheimen. in: Gesundheitsfürsorge 17; (1967), 1

2.) Pädiatrische Merksätze zur Situation der Säuglingsheime. in: Fortschr. Med. 85; (1967), 1

3.) Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten. Deprivations- und Deprivationssyndrom. in: Handbuch der Kinderheilkunde. Bd. III (1966) 384

4.) Warnung vor einem mehrmonatigen Aufenthalt in Säuglingsheimen. Münch. ärztl. Anzeigen, 53; (1965) u. Forum prakt. Arzt 4; (1965), 5

JOPPICH, G. 1.) Die Pflege des Kindes. in: Lehrbuch der Kinderheilkunde (Feer) 1966; 40 - 42

2.) Soziale Pädiatrie. in: Lehrbuch der Kinderheilkunde (Feer) 1966; 28 - 29

KÖTTGEN,M. u. WEIDEMANN,J.
1.) Heimkinder
in: Gesundheitsfürsorge 9; (1959), 91
2.) Probleme des Heimkindes.
in:Med. Welt 5; (1960), 274
3.) Ärztl. Mitteil. (Köln) 47; (1962), 649
4.) Die Bedeutung der Reizverarmung. Monotonie für die frühkindliche geistige Entwicklung.
in Zeitschrift f. Kinderheilkunde 91; (1964), 247
5.) Verstimmung als Folge von Pflegeschäden beim Kind.
in: Med.Klinik 1; (1958), 1-7

MATEJCEK,Z. u. LANGMEIER,J.
New Observations on Psychological Deprivation in Institutional Children in Tschechoslowakia
in: The slow learning Child 12; (1965), 20

MEAD, M.
A cultural anthropologist's approach to maternal Deprivation.
in: Ainsworth (M.D.) Genf; 1952 Deprivation of maternal Care.

MEHRINGER, A.
Geschützte Kindheit.
in: Unsere Jugend 5; (1966), 195

NITSCHKE,A.
Die Bedeutung der Familie für die frühe Kindheit.
in: Das verwaiste Kind der Natur. Niemeyer, Tübingen, 1962

PETTER, G. Die geistige Entwicklung des Kindes im Werk von Jean Piaget. H. Huber, Bern und Stuttgart

v. PFAUNDLER, M. Über Anstaltsschäden an Kindern. in: Mschr. Kinderheilk. 29; (1959), 661

RABIN, A. T. Amer. Jour. Orthopsychiatry 28; (1958), 577 29; (1959), 172

SCHMALOHR, E. Folgen früher sozialer Isolierung bei Mensch und Tier. in: Prax. Kinderpsychol. 15; (1966), 246

SCHMIDT, W. Was kann ein Jugendamt gegen Hospitalismus tun? in: Unsere Jugend 5; (1966), 347

SCHRAML, W. Zum Problem der frühen Mutter-Kind-Trennung. in: Prax. Kinderpsychol. 3; (1959), 243

SPITZ, R. A. Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. Klett, Stuttgart, 1959

Zierl, W. 1.) Gegen den Hospitalismus. in: Unsere Jugend, 5; (1966), 223

2.) Der Strom der Hospitalisierungsgeschädigten reißt nicht ab. in: Schlesw.-Holst. Ärzteblatt 19; (1966), 355

Zum Schluß der Arbeit möchte ich allen danken, die mir mein Studium ermöglicht, und die mich bei der Fertigstellung der Arbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Genz für die Überlassung des Themas sowie seine Unterstützung und seine Ratschläge bei der Abfassung der Arbeit.

L e b e n s l a u f

Am 17. November 1938 wurde ich, Gisela v. Boltenstern, als zweite Tochter des Fliegeroffiziers Hans-Albert v.Boltenstern und seiner Ehefrau Christa Prinzessin zu Stolberg-Roßla in Hannover geboren. 1940 ist mein Vater gefallen. Infolge von Flucht und Nachkriegswirren besuchte ich mehrere Schulen. 1960 legte ich am Städtischen Gymnasium Schleiden das Abitur ab. Von 1963-1969 studierte ich an der Freien Universität Berlin Medizin. Im Februar 1970 bestand ich das Medizinische Staatsexamen.